Selbstauskunft: Covid-19

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:
Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person

Geb.-Datum

Weiterleitung an Gesellschaft(en)

B

01. Wann wurde die Erkrankung COVID-19 diagnostiziert?

Datum

Negativ getestet am

02. Sind Sie Teil einer Risikogruppe?

☐ Ja, ich bin ☐ Nein

03. Welche Symptome sind bei Ihnen aufgetreten?

☐ Keine
☐ Husten
☐ Fieber
☐ Geschmacksverlust
☐ Verfärbung an Fingern, Zehen oder Hautausschlag
☐ Schmerzen oder Druckgefühl im Brustbereich
☐ Verlust der Sprach- oder Bewegungsfähigkeit
☐ Atembeschwerden/Kurzatmigkeit
☐ Abgeschlagenheit/Müdigkeit
☐ Kopfschmerzen
☐ Verlust des Geruchssinns
☐ Lungenentzündung
☐ weitere Symptome

04. Behandlungen

04.1 Fanden ambulante Behandlungen statt, oder sind diese angeraten?

☐ Ja | von bis
☐ Nein

04.2 Fanden stationäre Behandlungen statt, oder sind diese angeraten?
(Sollten Sie stationär behandelt worden sein, legen Sie bitte den Krankenhausentlassungsbericht bei.)

☐ Ja | von bis
☐ Nein

© 2022 | Selbstauskunft: Covid-19 | Stand 07/2022

Selbstauskunft: Covid-19

B

05. Welche Behandlungen fanden bei Ihnen statt? Medikation (Tabletten, Salben, Dosieraerosol etc.)

Name | Dosierung

Einnahme seit | ☐ abgeschlossen seit ☐ ☐ ☐ | ☐ dauerhaft

Name | Dosierung

Einnahme seit | ☐ abgeschlossen seit ☐ ☐ ☐ | ☐ dauerhaft

Name | Dosierung

Einnahme seit | ☐ abgeschlossen seit ☐ ☐ ☐ | ☐ dauerhaft

06. Beatmungsgerät

☐ Nein ☐ fand statt | von ☐ ☐ ☐ bis ☐ ☐ ☐

07. Röntgenuntersuchung bzgl. Covid-19

☐ Nein ☐ angeraten am ☐ ☐ ☐ bis ☐ ☐ ☐

☐ fand statt | von ☐ ☐ ☐ bis ☐ ☐ ☐ (Bitte Befund beilegen)

08. Lungenfunktionsprüfung

☐ Nein ☐ angeraten am ☐ ☐ ☐ bis ☐ ☐ ☐

☐ fand statt | von ☐ ☐ ☐ bis ☐ ☐ ☐ (Bitte Befund beilegen)

09. Wurde bei Ihnen eine Lungenfibrose diagnostiziert?

☐ Ja ☐ Nein

10. Wurden Krankheitsfolgen diagnostiziert? (Long Covid)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn bejaht, welche und seit wann ☐ ☐ ☐

11. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ Ja seit ☐ ☐ ☐ ☐ Nein

Wenn verneint, welche Beschwerden liegen vor?

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ Ja seit ☐ ☐ ☐ ☐ Nein

Wenn verneint, welche Beschwerden liegen vor?

Ort, Datum | Unterschrift

© 2022 | Selbstauskunft: Covid-19 | Stand 07/2022