

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Covid-19

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Wann lag die Covid-19 Infektion vor (bei Mehrfachinfektion bitte alle angeben)?

_____ (Monat/ Jahr)

3. Welche Symptome/ Beschwerden lagen vor?

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Störung des Geschmackssinns (Anosmie) | | |
| <input type="checkbox"/> Störung des Geruchssinns (Dysgeusie) | | |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? _____ | | |

4. Welche Symptome/ Beschwerden bestehen aktuell noch? (Bitte reichen Sie eine Kopie eventuell vorhandener Befundberichte ein!)

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Störung des Geschmackssinns (Anosmie) | | |
| <input type="checkbox"/> Störung des Geruchssinns (Dysgeusie) | | |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? _____ | | |

5. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Einmalig? | Wann? _____ | (Monat/ Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Wiederholt? | Wann jeweils? _____ | (Monat/ Jahr) |
| | Wann zuletzt? _____ | (Monat/ Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Dauerhaft? | Seit wann? _____ | (Monat/ Jahr) |

6. War während der Covid-19 Infektion eine Behandlung im Krankenhaus notwendig?

- nein ja, vom _____ bis _____ (Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein!)

