

## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG Allergische Erkrankungen

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
Beruf	
Antrag Nr.	
<b>Wir bitten um detaillierte Angaben!</b> <b>Bei vordruckten Antworten bitte die zutreffende ankreuzen.</b> <b>Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.</b>	
<b>1. Seit wann haben Sie eine allergische Erkrankung? (Monat/Jahr)</b>	
<b>2. Wie wird/wurde die allergische Erkrankung ärztlicherseits genannt? (Diagnose)</b> (z.B. Heuschnupfen, Pollinosis, Ekzem, Nesselsucht, Neurodermitis)	
<b>3. Wogegen sind Sie allergisch?</b> (z.B. Blüten, Gräser, Pollen, Stäube, Hausstaub, Federn, Tierhaare, Getreide, Mehl, Bienengift, Chemikalien, Medikamente, Nahrungsstoffe)	
<b>4. Wie äußert sich die Erkrankung?</b>	
Reizung der Nase (Schnupfen) und der Bindehäute?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Atembeschwerden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bronchitis?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hauterscheinungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Juckreiz?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herz- und Kreislauferscheinungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gelenkbeteiligung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-/Darmstörungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>5. Wie oft treten diese Beschwerden jährlich auf und wie lange dauern diese an?</b>	
<b>6. Kommen/kamen Sie mit den allergieauslösenden Stoffen beruflich in Kontakt?</b>	
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>7. Liegt eine Berufserkrankung vor?</b> Wenn ja, welche?	
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>8. Rauchen Sie?</b> Wenn ja, wieviel täglich?	
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**9. Wurden oder werden Sie wegen der allergischen Erkrankung behandelt?**

Wenn ja, bitte Namen und Anschrift der Ärzte angeben!

**Medikamentenbehandlung?**

Wenn ja, welche werden verordnet?

ja  nein

**Desensibilisierung?**

Von wann bis wann? (Monat/Jahr)

Mit welchem Erfolg?

ja  nein

**Krankenhausbehandlung?**

Wo und wann?

ja  nein

**Kurbehandlung?**

Wo und wann?

ja  nein

**Sonstige Heilmaßnahmen?**

Welche?

ja  nein

**10. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor?**

Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.  
(Bitte Allergiepaß, wenn vorhanden, beilegen)

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

\_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter