

Asthma bronchiale

Art: 212

Zusatzklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

1. Wann ist das Asthma festgestellt worden?	
2. Wie oft treten die Anfälle (Atemnot) auf? pro Jahr
3. Wie lange dauern die Anfälle durchschnittlich? Minuten
4. Wann war der letzte Anfall?	am
5. Ist es schon zu einem Status asthmaticus gekommen? (Wenn ja, wie oft, wann zuletzt?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	
7. Wird / wurde das Asthma mit Medikamenten / Sprays behandelt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise Präparat(e): Dosierung: täglich
8. Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? (Wenn ja, wann, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Wurde ein Lungenfunktionstest durchgeführt? (Wenn ja, wann, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

<p>10. Wurde bei Ihnen ein Allergietest durchgeführt? (Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Arzneimittel <input type="checkbox"/> Insektengift</p> <p><input type="checkbox"/> Gräser / Pollen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Hausstaub / Hausstaubmilbe <input type="checkbox"/> Sonstige Stoffe und Materialien (Metall, Chemikalien etc.)</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>11. Wurde eine Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt? (Wenn ja, mit / ohne Erfolg?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> mit Erfolg <input type="checkbox"/> ohne Erfolg</p>
<p>12. Gibt es asthmaauslösende Faktoren, die Sie z.B. aus beruflichen Gründen nicht vermeiden können? (Wenn ja, welche?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>13. Rauchen Sie? (Wenn ja, wieviel täglich?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Zigaretten: Stück</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges : Stück</p>
<p>14. Haben Sie aufgrund Ihres Asthmas einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>15. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>16. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>17. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>18. Zusätzliche Angaben</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, daß unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers