

Fragebogen

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. An welcher(n) Erkrankung(en) leiden bzw. litten Sie?

- Glutenunverträglichkeit / Zöliakie
- Fructoseunverträglichkeit / Fructoseintoleranz
- Lactoseunverträglichkeit / Lactoseintoleranz
- Histaminunverträglichkeit / Histaminintoleranz
- andere Nahrungsmittel (z. B. Fisch, Zitrusfrüchte, Nüsse, Gewürze, Soja):

Nahrungsmittelzusatzstoffe (z. B. Sorbit, Konservierungsstoffe, Glutamat):

Sonstige: _____

2. Welche Beschwerden/Symptome lagen bei Ihnen vor?

- Kopfschmerzen
- Kreislaufbeschwerden/Schwindel
- Schwellungen in Mund/Nase/Rachenraum
- Zungenbrennen/Schluckstörungen
- Hustenreiz
- Atemnot
- Übelkeit
- Bauchschmerzen/-krämpfe
- Blähungen
- Verstopfung
- Durchfall
- Juckreiz
- Hautrötungen (Gesicht / Hals / Stamm)
- Nesselsucht / Urtikaria
- allergischer Schock
- Sonstige: _____

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihrer Erkrankung mit:

a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden? _____

b) Unter welchen Beschwerden leiden Sie heute noch?

c) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden? _____

keine Beschwerden, beschwerdefrei seit (MM.JJJJ): ____ . _____

4. Welche Maßnahmen werden/wurden angewandt?

5. Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

Nein

Ja, von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

6. Wann und welchen Arzt / welche Ärzte nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung)?

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen,
bitten wir um Übersendung / Einreichung.**

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift des zu Versichernden