

Fragebogen Allergie



Zusatzklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein
Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache für die Allergie festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wie oft und in welchem Zeitraum kommt es zu Beschwerden?	

Fragebogen Allergie



9. Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeit aus?
(Sofern ein Allergietest durchgeführt wurde, bitte Ergebnis in Kopie einreichen)

- Pollen (z.B. Gräser, Bäume)
- Tiere (z.B. Katzen, Vögel)
- Latex, Gummistoffe
- Nahrungsmittel, -zusatzstoffe
- Metalle (z.B. Nickel, Chrom, Kobalt)
- Kosmetika, Reinigungs-/Desinfektionsmittel
- Hausstaubmilben, Schimmelpilze
- Arbeitsstoffe (z.B. Kunstharze, Lösungsmittel)
- Medikamente
- Bienen, Wespen
- Licht, Wärme, Kälte
- sonstige (z.B. „Umweltsynndrome“/MCS)

Seit wann bekannt? Monat/Jahr:.....

10. Welche Krankheitserscheinungen bestehen/ bestanden bei Ihnen?

- Der Atemwege Allergische Rhinitis
- Heuschnupfen
- Pollinosis
- Bindehautentzündung
- Dauerschnupfen
- Asthma
- Asthmatische/spastische Bronchitis, Atemnot
- Sonstige.....
- Der Haut Neurodermitis, atopische Dermatitis endogenes Ekzem
- allergisches Kontaktexem
- Urticaria, Nesselsucht
- Arzneimittelexanthem
- Lichtdermatosen/Lichtreaktionen der Haut
- Sonstige.....

11. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

ja nein

von bis

12. Bestehen oder bestanden sonstige Erkrankungen der Atemwege (z.B. chronische Bronchitis, Staublunge, Lungenemphysem)

ja nein

Wenn ja, welche?

.....

13. Bestehen bzw. bestanden Beeinträchtigungen aufgrund der Allergie im Beruf oder Alltag?
Wenn ja, welche?

ja nein

.....

Fragebogen Allergie



14. Wurden weitere spezielle Untersuchungendurchgeführt? (z.B: Röntgenuntersuchungen) Wenn ja, wann, Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
15. Zusätzliche Angaben	
16. Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n) einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieser ärztlicherseits angeraten? Wenn ja, nähere Angaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von bis

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

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt
 Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

_____ Datum
 _____ Unterschrift der zu versichernden Person
 _____ Unterschrift des Antragstellers