

Fragebogen allergische Erkrankungen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

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

a) Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pollen (z. B. Gräser, Bäume etc.) | <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben |
| <input type="checkbox"/> Tiere (z. B. Katzen, Pferde etc.) | <input type="checkbox"/> Insektengift, (z. B. Wespen etc.) |
| <input type="checkbox"/> Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> Licht |
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Medikamente, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Kosmetika, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Reinigungsmittel, welches: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desinfektionsmittel, welches: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Metalle, welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche: _____ | |

b) Sofern Sie den unter 1.a) genannten Auslösern beruflich ausgesetzt sind, machen Sie bitte nähere Angaben:

2. Wie oft leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?

Beschwerden	Dauer der Beschwerden
Allergische Rhinitis, Heuschnupfen, Pollinosis, Augenjucken, Bindehautentzündung, Fließschnupfen	_____ Wochen pro Jahr durchgängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma, Atemnot	_____ Wochen pro Jahr durchgängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergische Erkrankungen der Haut	_____ Wochen pro Jahr durchgängig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Beschwerden, welche: _____ _____ _____ _____	
Keine Beschwerden, beschwerdefrei seit (MM.JJ): ____._____	/

→ Bitte zusätzlich Fragebogen Asthma beantworten.

→ Bitte zusätzlich Fragebogen Hauterkrankungen beantworten.

3. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

Behandlungen	Zeitraum / Häufigkeit
Medikamentös: Name _____	<input type="checkbox"/> Nur bei Bedarf (an ____ Tagen pro Jahr) <input type="checkbox"/> Dauermedikation
Desensibilisierung	Von: _____._____. Bis: _____._____. (MM.JJ) (MM.JJ)
Andere Behandlungen, welche: _____ _____ _____ _____	
Keine Behandlungen, behandlungsfrei seit (MM.JJ): _____.	

4. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?

- Nein
 Ja, von _____ bis _____

5. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung / Beschwerden einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?

- Nein
 Ja, frühere Tätigkeit: _____

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