



Fragebogen Asthma

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. Bitte nennen Sie uns die Diagnose:

- nicht-allergisches Asthma (z. B. Asthma Bronchiale, Belastungsasthma etc.)
 allergisches Asthma → Bitte zusätzlich Fragebogen allergische Erkrankungen beantworten.

2. Wann wurde die Diagnose erstmalig gestellt (MM.JJJJ)?: ____ . ____

3. Bitte machen Sie nähere Angaben:

a) Welche Beschwerden (Atemnot, Asthmaanfälle etc.) traten auf?

b) Wie häufig pro Jahr traten diese Beschwerden auf?

c) Welche Beschwerden bestehen heute noch? Wie häufig?

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

d) zur Behandlung/Therapie:

keine Behandlung, behandlungsfrei seit (MM.JJJJ): ____ . ____

medikamentöse Therapie

Medikamentenname: _____

Dosierung: _____

Häufigkeit der Einnahme:

nur bei Bedarf, _____ mal pro Jahr

Dauermedikation

4. Waren wegen des Asthmas Krankenhaus – oder Kuraufenthalte erforderlich?

nein

ja → Bitte fügen Sie eine Kopie des Entlassungsberichts bei.

5. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, e-Zigarette etc.)?
- nein, noch nie
- nein, nicht mehr seit (MM.JJJJ): ____ . ____
- ja, (seit wann, Anzahl pro Tag): _____
6. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?
- nein
- ja, von ____ . ____ bis ____ . ____
7. Sind Sie durch das Asthma in Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?
- nein
- ja, aus welchen Gründen? _____
8. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung / Beschwerden einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?
- nein
- ja, frühere Tätigkeit: _____
9. 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