

Zusatzklärung Asthma

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmementscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>
Art des Asthmas	<p>Seit wann leiden Sie an Asthma? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche Art des Asthmas liegt vor?</p> <p><input type="checkbox"/> allergisches Asthma <input type="checkbox"/> infektbedingtes Asthma <input type="checkbox"/> anstrengungsbedingtes Asthma</p> <p>sonstige Arzt Diagnose _____</p> <p>Bei welchen Gelegenheiten treten die Anfälle auf? _____</p> <p>Ist bereits einmal ein Status Asthmaticus aufgetreten? (Anfall länger als eine Stunde)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft? _____ mal Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p>
Schwerdegrad	<p>Asthmaepisoden</p> <p><input type="checkbox"/> Seltene Asthmaepisoden ohne Arbeitsunfähigkeit; keine Beeinträchtigung bei alltäglichen Tätigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Häufige Asthmaepisoden, die eine tägliche Behandlung mit Bronchodilatoren erfordern, in der Vergangenheit gelegentlich Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Häufige, schwere Asthmaepisoden, die häufig eine notärztliche Behandlung oder Einweisung ins Krankenhaus erfordern. Keine komplette Symptommfreiheit, jedes Jahr erhebliche Zeiten der Arbeitsunfähigkeit</p> <p>Lungenfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> FEV1 (Einsekundenkapazität) oder PFR (Peak-Flow-Messung) \geq 80 % des Sollwertes</p> <p><input type="checkbox"/> FEV1 oder PFR: 60 - 80 % des Sollwertes</p> <p><input type="checkbox"/> FEV1 oder PFR: < 60 % des Sollwertes</p> <p>Symptome während des Tages</p> <p><input type="checkbox"/> Keine bis maximal zweimal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Mehr als zweimal pro Woche bis zu sechsmal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Täglich</p> <p>Symptome während der Nacht</p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal (bis zu 2 x in der Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> Häufig (öfter als 2 x die Woche)</p> <p>Medikation</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Medikation oder gut eingestellt durch regelmäßige Anwendung eines Kortikoidsprays</p> <p><input type="checkbox"/> Dauermedikation mit Kortikoidsprays und inhalativen Beta2-Antagonisten (mit oder ohne Theophylin)</p> <p><input type="checkbox"/> Zusätzliche Dauermedikation mit oralen Glucokortikosteroiden (Tabletten)</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung mit Akutmedikamenten (Reliever-Medikamenten) erforderlich</p> <p>Geben Sie den/die Namen des/der Medikamente(s) an: _____</p>
Begleit- erkrankungen	<p>Welche der folgenden Erkrankungen wurden bei Ihnen schon einmal festgestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> Urtikaria mit Quickeödem <input type="checkbox"/> Knöchelödeme <input type="checkbox"/> Cor pulmonale (Rechtsherzinsuffizienz)</p> <p><input type="checkbox"/> Rechtsherzvergrößerung <input type="checkbox"/> keine der genannten</p> <p>Haben Sie jemals an Herzbeschwerden gelitten? (Falls "ja", bitte auch Zusatzklärung Herz-Kreislauf ausfüllen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>Leiden Sie an Allergien? (Falls "ja" bitte auch Zusatzklärung Allergie ausfüllen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p>

Zusatzklärung Asthma

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
Unter- Suchungen	Welche der folgenden Untersuchungen wurden bei Ihnen vorgenommen? <input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest <input type="checkbox"/> Bronchoskopie <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung Wenn bekannt, welcher Befund hat sich ergeben? _____ Zuletzt gemessene Einsekundenkapazität FEV1 _____ % vom Sollwert Peak-Flow PFR _____ % vom Sollwert
Behandlung	War in der Vergangenheit schon einmal eine stationäre Therapie erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie oft? _____ Mal Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr) War dabei jemals eine maschinelle Beatmung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wird/wurde das Asthma u.a. auch durch eine häusliche Sauerstofftherapie behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein In den letzten 5 Jahren haben sich die Symptome <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind ganz verschwunden seit _____ (Monat/Jahr) Welche Symptome bestehen derzeit noch? _____
Ärzte	Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)? _____ Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/Jahr) Bei welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____ _____ Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit? _____ _____ Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Monat/Jahr)
Weitere Fragen an die zu versichernde Person	Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____ Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____ Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja, was und wieviel pro Tag? _____ Stück/täglich <input type="checkbox"/> nein, seit wann nicht mehr? _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> nein, ich habe noch nie geraucht! Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.

Zusatzerklärung Asthma

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !

Bitte immer beantworten:

Folgen noch weitere Angaben?

ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten

ja, es folgen noch weitere Angaben

Unterschrift	<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p>
---------------------	--------------------------------	--

Belehrung	<p>Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird? Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.</p>
------------------	--