

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.

Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten zehn Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Allergien

Beschreibung allergischer Beschwerden

Leiden oder litten Sie unter allergischen Atemwegsbeschwerden? ja nein

Falls ja: Durch welche Beschwerden/Krankheitserscheinungen äußert sich die Allergie?

Hustenreiz Bronchitis Heuschnupfen Asthma sonstige: _____

Welche Medikamente verwenden oder verwendeten Sie wegen der Atemwegsbeschwerden?

keine Medikamente Nasenspray/-tropfen/-salbe Kortisontabletten
 antiallergische Tabletten Asthmatabletten ohne Kortison Asthmaspray / Dosieraerosol
 andere: _____

Erfolgte eine ärztliche Beratung zur Ausdehnung der Beschwerden vom Nasen- / Rachenraum in Richtung Bronchien/Lunge („Etagenwechsel“)? ja nein

Wann treten die Beschwerden auf: nur zu bestimmten Jahreszeiten ganzjährig sporadisch

Wann zuerst? ___ / _____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ___ / _____ MM/JJJJ

Leiden oder litten Sie unter allergischen Hauterkrankungen? ja nein

Falls ja: Welches Erkrankungsbild tritt oder trat bei Ihnen auf?

Urticaria / Nesselsucht atopische Dermatitis endogenes Ekzem Säuglingsekzem
 allergisches Kontaktekzem Arzneimittelekzem Milchschorf Lichtdermatosen
 Lichtreaktion der Haut sonstiges: _____
 Neurodermitis Wie viele Krankheitsherde bestehen? _____

Sind diese lokal eng begrenzt? (≤ 2 cm) ja nein

Hat sich die Krankheit in den letzten 5 Jahren weiter ausgebreitet? ja nein

Wann treten die Beschwerden auf: nur zu bestimmten Jahreszeiten ganzjährig sporadisch

Wann zuerst? ___ / _____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ___ / _____ MM/JJJJ

Wie häufig ist / sind die Hauterkrankung(en) insgesamt aufgetreten? _____ Mal

Ist bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eines der folgenden Symptome aufgetreten?

anaphylaktischer Schock allergischer Schock Schleimhautschwellung
 Quincke-Ödem keine Symptome
 sonstige: _____

Treten oder traten in weiteren Bereichen – außer den bereits genannten – allergische Symptome auf? ja nein

Falls ja: Wo? Magen/Darm Augen sonstige: _____

Wann treten die Beschwerden auf: nur zu bestimmten Jahreszeiten ganzjährig sporadisch

Wann zuerst? ___ / _____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ___ / _____ MM/JJJJ

Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle bereits genannten allergischen Beschwerden.

Gegen welche Stoffe besteht eine Allergie? (Wenn vorhanden, bitte eine Kopie des Allergiepasses beilegen)

Insektenstiche Hausstaub Tierhaare Medikamente / Arzneimittel
 Pollen / Gräser Schimmelpilze Nahrungsmittel
 sonstige Stoffe: _____

Haben oder hatten Sie noch weitere Beschwerden wegen allergischer Reaktionen? ja nein

Falls ja: Welche?

Behandlung allergischer Beschwerden

Sind oder waren Sie wegen allergischer Symptome in ärztlicher Behandlung? ja nein

Falls ja: Wann zuerst? ___ / _____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ___ / _____ MM/JJJJ

War wegen einer Allergie jemals eine stationäre Behandlung von mehr als 3 Tagen Dauer nötig? ja nein

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen allergische Beschwerden ein? ja nein

Falls ja:	Medikament	Dosis	täglich	nach Bedarf	nur saisonal	eingegenommen seit	bis
Welche?	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Allergien

Wie lange ist die durchschnittliche Dauer der Medikamententherapie pro Jahr? _____ Wochen
Welche Medikamente werden oder wurden bei akuten Beschwerden eingenommen? In welcher Dosis?

Wurde bei Ihnen eine Hypo- oder Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt? ja nein
Falls ja: Wann und mit welchem Ergebnis?

Wurde eine RehaMaßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? ja nein
Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt
Welche Maßnahmen, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Auswirkungen allergischer Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Treten oder traten allergische Beschwerden bei der Ausübung Ihres Berufes auf? ja nein
Waren Sie wegen allergischer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig? ja nein
Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert?

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen allergischer Beschwerden angeraten? ja nein
Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein
Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

Leiden oder litten Sie unter einer anerkannten Berufskrankheit? ja nein
Falls ja: Bitte eine Kopie des Bescheids beifügen
Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt? ja nein
Falls ja: _____ % GdB _____ % GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

Nikotinkonsum

Konsumieren Sie Tabak? ja nein
Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? _____ Stück
Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? _____ Gramm
Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen? ja nein
Falls ja: In welchen Mengen? _____ Stück pro Tag

behandelnde Ärzte

Werden oder wurden Ärzte in Anspruch genommen? ja nein
Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

(06V) 0.09.13

EV--0061Z0