

Allergische Erkrankungen

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheitserscheinungen und/oder Beschwerden?

- Allergisches Asthma bronchiale [ ] ja [ ] nein
Häufig auftretende obstruktive/spastische Bronchitis [ ] ja [ ] nein
Häufiger Husten, chronische Bronchitis [ ] ja [ ] nein
Heuschnupfen, Flieschnupfen, Augenjucken [ ] ja [ ] nein
Unverträglichkeit von bestimmten Nahrungsmitteln [ ] ja [ ] nein
Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche [ ] ja [ ] nein
Überempfindlichkeit gegen Substanzen, Arbeitsstoffe, Materialien [ ] ja [ ] nein
Andere Überempfindlichkeitsreaktionen [ ] ja [ ] nein

Bitte ausführliche und genaue Angaben. Seit wann? Wie häufig und wie lange? Wie schwer sind die Krankheitserscheinungen? Auf welche Stoffe und Substanzen reagieren Sie allergisch?

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

2. Bestehen oder bestanden Hauterscheinungen?

- Allergisches Ekzem, Kontaktekzem [ ] ja [ ] nein
Urtikaria, Nesselsucht, Quaddelsucht [ ] ja [ ] nein
Endogenes Ekzem, Atopisches Ekzem, Neurodermitis [ ] ja [ ] nein

Sofern ja, bitte ausführliche und genaue Angaben. Seit wann? Wie häufig und wie lange? Wie schwer sind die Krankheitserscheinungen? Auf welche Stoffe und Substanzen reagieren Sie allergisch?

[ ]
[ ]
[ ]

Welche Körperstellen sind/waren betroffen?

- [ ] Ganzer Körper (generalisiert)
[ ] Hände
[ ] Gesicht
[ ] Andere Körperstellen, welche?

[ ]

Sind weitere Hauterkrankungen bekannt? (z.B. Schuppenflechte)

- [ ] nein [ ] ja, welche?

[ ]

3. Beschwerden bei?

- [ ] Hausarbeit [ ] Berufstätigkeit
[ ] Umgang mit Tieren [ ] Körperlicher Anstrengung
[ ] Nahrungsmitteln [ ] Witterungsbedingt
[ ] Farbstoffen [ ] Kosmetika
[ ] Chemikalien [ ] Sonstiges

Bitte ausführliche und genaue Angaben. (z.B., welche Tätigkeit, welche Kosmetika, welche Lebensmittel)

[ ]
[ ]
[ ]

4. Wurde ein Allergietest durchgeführt?

- [ ] nein [ ] ja, wann und mit welchem Ergebnis?

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

5. Wurde bereits eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt oder ist eine solche vorgesehen?

- [ ] nein [ ] ja, wann und mit welchem Erfolg?

[ ]
[ ]

6. Wie werden bzw. wurden Sie behandelt?

(z.B. Bestrahlung, Medikamente, u.a.)

Bei Medikamenten: Namen, Dosierung und Dauer der Einnahme

[ ]
[ ]
[ ]

7. Wurde eine bestimmte Diät verordnet?

- [ ] nein [ ] ja, welche?

[ ]
[ ]

8. Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

- [ ] nein [ ] ja, welche?

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

9. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

[ ]
[ ]
[ ]
[ ]

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

[ ] Ort, Datum

[ ] Unterschrift