

Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

ZULETZT BEHANDELNDE ÄRZTE/FACHÄRZTE

Bei welchem Hausarzt/Facharzt waren Sie zuletzt wegen der Allergien oder Hautkrankheiten in Behandlung?

Hausarzt Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt) _____ Diagnose _____

Arzt (Name/Anschrift) _____

Facharzt Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt) _____ Diagnose _____

Arzt (Name/Anschrift) _____

KRANKHEITEN

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Ekzem |
| <input type="checkbox"/> Allergische Rhinitis | <input type="checkbox"/> Neurodermitis/Atopisches Ekzem | <input type="checkbox"/> Dyshidrosiformes Ekzem |
| <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> Nesselsucht (Urtikaria) | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis) |
| <input type="checkbox"/> Allergische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Wespen- oder Bienenstichallergie | <input type="checkbox"/> Muttermal |
| <input type="checkbox"/> Überregbares (hyperreagibles) Bronchialsystem | <input type="checkbox"/> Pseudoallergie | <input type="checkbox"/> Melanom |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Hautkrebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Allergie oder Hautkrankheit | | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung

Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt beantworten.

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn (MM/JJ) _____ Ende (MM/JJ) _____

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? _____

Bestehen Folgen der Erkrankung? Nein Ja, welche?

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn (MM/JJ) _____ Ende (MM/JJ) _____

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? _____

Bestehen Folgen der Erkrankung? Nein Ja, welche? _____

ALLERGIEN

Welche allergischen Beschwerden sind aufgetreten?

- An der Haut An den Augen Obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)
 Untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien) Asthmatische Beschwerden Wiederkehrende Bronchitis
 Operation (Welche?) _____

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die Beschwerden an?

- Ganzjährig Zeitweilig, in diesen Monaten _____

Bei Asthma und Bronchitis: Wie oft treten die Anfälle auf? Wie lange dauert ein Anfall allgemein?

Erfolgte ein Allergietest? Nein Ja

Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt)	Welche Allergien wurden festgestellt?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja (Fotokopien ggf. beifügen)

Erfolgte eine Hyposensibilisierung? Nein Ja

Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt)	Gegen welche Stoffe/Allergien?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Wurde eine Neurodermitis oder ein atopisches Ekzem festgestellt? Nein Ja

Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt)	Welche Behandlungen?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

KREBSERKRANKUNG

Liegt eine Krebserkrankung vor? Nein Ja, dann bitte weitere Angaben soweit bekannt (z. B.: Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung/Histologie)

BLUT- UND LABORWERTE

Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte bekannt?

Nein Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

Wann und wo erfolgten bei Ihnen die folgenden Untersuchungen oder Behandlungen?

- Laboruntersuchungen
 Lungenfunktionsuntersuchung
 Allergietestung
 Bronchoskopie
 UVA oder PUVA Behandlung
 Gewebeentnahme (Biopsie)
 Operation (Welche?) _____
 Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden _____

Ziffer	Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Geplante Untersuchungen/Behandlungen

Sind bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen geplant?

- Laboruntersuchungen Lungenfunktionsuntersuchung Allergietestung
 Bronchoskopie UVA oder PUVA Behandlung Gewebeentnahme (Biopsie)
 Operation (Welche?) _____
 Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden _____

Ziffer	Datum (ggf. ungef. Zeitpunkt)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt etc.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Dosis _____

Zeitweilige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Dosis _____

Name des Medikaments _____

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Dosis _____

Zeitweilige Einnahme, seit Datum (ggf. Zeitpunkt) _____ Dosis _____

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig? Nein Ja

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung? Nein Ja

Wenn **Ja**, wann _____

Grund _____

KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN, REHAS UND KUREN

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/ Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

Wenn **Ja**, wann _____

Diagnose _____

BEHANDELNDE ÄRZTE

Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift _____

Zeitpunkt/-raum _____

Art der Untersuchung _____

ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigefügt

Anzahl Extrablätter _____

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person