

## Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## KRANKHEITEN

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere dieser Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- Spastische Bronchitis                       Allergisches Asthma                       Hyperreagibles Bronchialsystem  
 Allergische Bronchitis                       Asthma Bronchiale

### Wird oder wurde eine medikamentöse Therapie durchgeführt? Wenn ja, welche?

- Dauertherapie mittels Kortison-Tabletten     Dosieraerosol     Notfallspray     Keine

### Bei Verwendung eines Notfallsprays: Mussten Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallspray benutzen?

- Nein     Ja

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere dieser Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- Chronische Bronchitis                       Lungenembolie                       Schlafapnoe  
 Emphysem                       Lungenentzündung (Pneumonie)                       COPD  
 Bronchiektasen                       Rippenfellentzündung (Pleuritis)                       Sarkoidose (M. Boeck)  
 Krebserkrankung der Atemwege (dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)  
 Andere, hier nicht genannte Erkrankung der Atmungsorgane. Welche?

## Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung

Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen (z. B. chronische Bronchitis und Schlafapnoe) bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt beantworten.

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

**Liegt eine Krebserkrankung vor?**  Nein  Ja

Wenn **Ja**, machen Sie bitte weitere Angaben zum Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie), soweit Ihnen diese bekannt sind.

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein!

### BLUTDRUCKWERTE

**Welche Blutdruckwerte wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?**

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Systolisch \_\_\_\_\_ Diastolisch \_\_\_\_\_

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_ Systolisch \_\_\_\_\_ Diastolisch \_\_\_\_\_

### UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

**Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen der Atmungsorgane bzw. sind diese geplant?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktionsuntersuchung                      | <input type="checkbox"/> Allergietestung                           | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung des Herzens              | <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung von Blutgefäßen   |  |
| <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung der Lungen                   | <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung der Lungenschlagadern |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Röntgenuntersuchungen                   | <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT)                  |  |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) | <input type="checkbox"/> Herzkatheter-Untersuchung                 |  |
| <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme (Biopsie)                         | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT)                 |  |
| <input type="checkbox"/> Operation (Welche?) _____                        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden   |  |  |

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

Sofern Untersuchungen oder Behandlungen geplant sind:

**Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?** \_\_\_\_\_

Datum (ggf. Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente (Spray, Pulverinhalator, Tabletten, Spritzen usw.) 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 Atemwegserkrankung arbeitsunfähig?**  Nein  Ja

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung?**  Nein  Ja

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

#### KRANKENHAUSAUFENTHALTE, 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 beigelegt

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