

## 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