

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