

# Ergänzender Fragebogen zum Antrag Allergien oder Hautkrankheiten (FB 17c)



\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Datum der Antragstellung

Angaben zur  
versicherten  
Person

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

männlich  
 weiblich

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Vorvertrag- liche Anzeige- pflicht

**Sie haben uns** als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannt ein Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.  
**Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn** Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.  
**Unser Rücktrittsrecht** wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht **und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn** wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

**Bitte beachten** Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahr** ein.

**Zuletzt behandelnde Ärzte / Fachärzte** Bei welchem **Hausarzt/Facharzt** waren Sie **zuletzt** wegen der Allergien oder Hautkrankheiten in **Behandlung**?

	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Diagnose	Arzt (Name und Anschrift)
<input type="checkbox"/> Hausarzt	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Facharzt	_____	_____	_____

**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 (bitte diese hier angeben) _____ |   |  |

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

**Genauere medizinische Diagnose** Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?

Genauere medizinische Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Wie oft bestanden seitdem Beschwerden und welcher Art?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Allergien** Welche allergischen Beschwerden sind aufgetreten:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> an der Haut?                            | <input type="checkbox"/> an den Augen?             | <input type="checkbox"/> obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)? |
| <input type="checkbox"/> untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien)? | <input type="checkbox"/> asthmatische Beschwerden? | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Bronchitis?          |
| <input type="checkbox"/> an sonstigen Organen? Welchen? _____    |  |  |

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

- ganzjährig  zeitweilig, in den folgenden Monaten \_\_\_\_\_

Bei Asthma und Bronchitis:

Wie oft treten die Anfälle auf? Wie lange dauert ein Anfall allgemein? \_\_\_\_\_

Erfolgte ein Allergietest?  Nein  Ja

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

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

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Erfolgte eine Hyposensibilisierung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gegen welche Stoffe/Allergien?	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Neurodermitis** Wurde eine Neurodermitis oder ein atopisches Ekzem festgestellt?  Nein  Ja

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

**Krebserkrankung** Liegt eine **Krebserkrankung** vor?  Nein  Ja

Bitte in diesem Fall weitere Angaben soweit Ihnen bekannt wie Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie)!

**Blut- und Laborwerte** Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt?  Nein  Ja, und zwar (**Fotokopien ggf. beifügen**)

Art des Wertes	Datum (bitte ca. angeben)	Ergebnis	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
----------------	---------------------------	----------	-----------------------------------


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

- |                                |                             |                         |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Laboruntersuchungen         | 4. Bronchoskopie            | 7. Operation ( Welche?) |
| 2. Lungenfunktionsuntersuchung | 5. UVA oder PUVA Behandlung |                         |
| 3. Allergietestung             | 6. Gewebeentnahme (Biopsie) |                         |

8. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (bitte diese hier angeben) \_\_\_\_\_

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


**geplante Untersuchungen/ Behandlungen** Sind bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen geplant**?

- |                                |                             |                         |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Laboruntersuchungen         | 4. Bronchoskopie            | 7. Operation ( Welche?) |
| 2. Lungenfunktionsuntersuchung | 5. UVA oder PUVA Behandlung |                         |
| 3. Allergietestung             | 6. Gewebeentnahme (Biopsie) |                         |

8. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (bitte diese hier angeben) \_\_\_\_\_

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?
--------	-----------------------------------	---


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

Name des Medikaments	Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
----------------------	---	-------	-------------------------------	-------


**Arbeitsunfähigkeiten** Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**  nein  ja

**Diagnose** \_\_\_\_\_ Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) \_\_\_\_\_


**Notarztbehandlung** Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?  nein  ja, ca. \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren** 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.

Diagnose	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
----------	-----------------------------------	-----------------------------------


**Schluss-erklärung und Unterschrift** Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich** als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter die **alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_