

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten zehn Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Allergien

Beschreibung allergischer Beschwerden	
Leiden oder litten Sie unter allergischen Atemwegsbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Durch welche Beschwerden/Krankheitserscheinungen äußert sich die Allergie?	
<input type="checkbox"/> Hustenreiz <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Welche Medikamente verwenden oder verwendeten Sie wegen der Atemwegsbeschwerden?	
<input type="checkbox"/> keine Medikamente <input type="checkbox"/> Nasenspray/-tropfen/-salbe <input type="checkbox"/> Kortisontabletten	
<input type="checkbox"/> antiallergische Tabletten <input type="checkbox"/> Asthmatabletten ohne Kortison <input type="checkbox"/> Asthmaspray / Dosieraerosol	
<input type="checkbox"/> andere: _____	
Erfolgte eine ärztliche Beratung zur Ausdehnung der Beschwerden vom Nasen- / Rachenraum in Richtung Bronchien/Lunge („Etagenwechsel“)?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann treten die Beschwerden auf: <input type="checkbox"/> nur zu bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> sporadisch	
Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ	
Leiden oder litten Sie unter allergischen Hauterkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welches Erkrankungsbild tritt oder trat bei Ihnen auf?	
<input type="checkbox"/> Urticaria / Nesselsucht <input type="checkbox"/> atopische Dermatitis <input type="checkbox"/> endogenes Ekzem <input type="checkbox"/> Säuglingsekzem	
<input type="checkbox"/> allergisches Kontaktekzem <input type="checkbox"/> Arzneimittelekzem <input type="checkbox"/> Milchschorf <input type="checkbox"/> Lichtdermatosen	
<input type="checkbox"/> Lichtreaktion der Haut <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Neurodermitis Wie viele Krankheitsherde bestehen? _____	
Sind diese lokal eng begrenzt? (≤ 2 cm) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat sich die Krankheit in den letzten 5 Jahren weiter ausgebreitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann treten die Beschwerden auf: <input type="checkbox"/> nur zu bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> sporadisch	
Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ	
Wie häufig ist / sind die Hauterkrankung(en) insgesamt aufgetreten? ____ Mal	
Ist bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eines der folgenden Symptome aufgetreten?	
<input type="checkbox"/> anaphylaktischer Schock <input type="checkbox"/> allergischer Schock <input type="checkbox"/> Schleimhautschwellung	
<input type="checkbox"/> Quincke-Ödem <input type="checkbox"/> keine Symptome	
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Treten oder traten in weiteren Bereichen – außer den bereits genannten – allergische Symptome auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wo? <input type="checkbox"/> Magen/Darm <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Wann treten die Beschwerden auf: <input type="checkbox"/> nur zu bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> sporadisch	
Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ	
Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle bereits genannten allergischen Beschwerden.	
Gegen welche Stoffe besteht eine Allergie? (Wenn vorhanden, bitte eine Kopie des Allergiepasses beilegen)	
<input type="checkbox"/> Insektenstiche <input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> Tierhaare <input type="checkbox"/> Medikamente / Arzneimittel	
<input type="checkbox"/> Pollen / Gräser <input type="checkbox"/> Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	
<input type="checkbox"/> sonstige Stoffe: _____	
Haben oder hatten Sie noch weitere Beschwerden wegen allergischer Reaktionen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Welche?	

Behandlung allergischer Beschwerden	
Sind oder waren Sie wegen allergischer Symptome in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ	
War wegen einer Allergie jemals eine stationäre Behandlung von mehr als 3 Tagen Dauer nötig?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen allergische Beschwerden ein?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja:	nach nur eingenommen
Welche? Medikament Dosis täglich Bedarf saisonal seit bis	
_____	_____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ ____ / ____
_____	_____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ ____ / ____
_____	_____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ ____ / ____
_____	_____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ ____ / ____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Allergien

Wie lange ist die durchschnittliche Dauer der Medikamententherapie pro Jahr? _____ Wochen
Welche Medikamente werden oder wurden bei akuten Beschwerden eingenommen? In welcher Dosis?

Wurde bei Ihnen eine Hypo- oder Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt? ja nein
Falls ja: Wann und mit welchem Ergebnis?

Wurde eine Rehamassnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? ja nein
Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt
Welche Maßnahmen, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Auswirkungen allergischer Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Treten oder traten allergische Beschwerden bei der Ausübung Ihres Berufes auf? ja nein
Waren Sie wegen allergischer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig? ja nein
Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert?

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen allergischer Beschwerden angeraten? ja nein
Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein
Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

Leiden oder litten Sie unter einer anerkannten Berufskrankheit? ja nein
Falls ja: Bitte eine Kopie des Bescheids beifügen
Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt? ja nein
Falls ja: _____ % GdB _____ % GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

Nikotinkonsum

Konsumieren Sie Tabak? ja nein
Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? _____ Stück
Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? _____ Gramm
Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen? ja nein
Falls ja: In welchen Mengen? _____ Stück pro Tag

behandelnde Ärzte

Werden oder wurden Ärzte in Anspruch genommen? ja nein
Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person
