



Zusatzklärung Asthma

Zu versichernde Person: _____		Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)	
Geburtsdatum: _____		Beruf: _____	
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>		
Art des Asthmas	Seit wann leiden Sie an Asthma? _____ (Monat/Jahr) Welche Art des Asthmas liegt vor? <input type="checkbox"/> allergisches Asthma <input type="checkbox"/> infektbedingtes Asthma <input type="checkbox"/> anstrengungsbedingtes Asthma sonstige Arzt diagnose _____ Bei welchen Gelegenheiten treten die Anfälle auf? _____ Ist bereits einmal ein Status Asthmaticus aufgetreten? (Anfall länger als eine Stunde) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft? _____ mal Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)		
Schwerdegrad	<p>Asthmaepisoden</p> <input type="checkbox"/> Seltene Asthmaepisoden ohne Arbeitsunfähigkeit; keine Beeinträchtigung bei alltäglichen Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Häufige Asthmaepisoden, die eine tägliche Behandlung mit Bronchodilatoren erfordern, in der Vergangenheit gelegentlich Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Asthma <input type="checkbox"/> Häufige, schwere Asthmaepisoden, die häufig eine notärztliche Behandlung oder Einweisung ins Krankenhaus erfordern. Keine komplette Symptomfreiheit, jedes Jahr erhebliche Zeiten der Arbeitsunfähigkeit		
	<p>Lungenfunktion</p> <input type="checkbox"/> FEV1 (Einsekundenkapazität) oder PFR (Peak-Flow-Messung) \geq 80 % des Sollwertes <input type="checkbox"/> FEV1 oder PFR: 60 - 80 % des Sollwertes <input type="checkbox"/> FEV1 oder PFR: < 60 % des Sollwertes		
	<p>Symptome während des Tages</p> <input type="checkbox"/> Keine bis maximal zweimal pro Woche <input type="checkbox"/> Mehr als zweimal pro Woche bis zu sechsmal pro Woche <input type="checkbox"/> Täglich		
	<p>Symptome während der Nacht</p> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Manchmal (bis zu 2 x in der Woche) <input type="checkbox"/> Häufig (öfter als 2 x die Woche)		
	<p>Medikation</p> <input type="checkbox"/> Keine Medikation oder gut eingestellt durch regelmäßige Anwendung eines Kortikoidsprays <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit Kortikoidsprays und inhalativen Beta2-Antagonisten (mit oder ohne Theophyllin) <input type="checkbox"/> Zusätzliche Dauermedikation mit oralen Glucokortikosteroiden (Tabletten) <input type="checkbox"/> Behandlung mit Akutmedikamenten (Reliever-Medikamenten) erforderlich		
	Geben Sie den/die Namen des/der Medikamente(s) an: _____		
Begleit-erkrankungen	Welche der folgenden Erkrankungen wurden bei Ihnen schon einmal festgestellt? <input type="checkbox"/> Urtikaria mit Quickeödem <input type="checkbox"/> Knöchelödeme <input type="checkbox"/> Cor pulmonale (Rechtsherzinsuffizienz) <input type="checkbox"/> Rechtsherzvergrößerung <input type="checkbox"/> keine der genannten		
	Haben Sie jemals an Herzbeschwerden gelitten? (Falls "ja", bitte auch Zusatzklärung Herz-Kreislauf ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____		
	Leiden Sie an Allergien? (Falls "ja" bitte auch Zusatzklärung Allergie ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____		

Zusatzklärung Asthma

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
Unter- Suchungen	<p>Welche der folgenden Untersuchungen wurden bei Ihnen vorgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest <input type="checkbox"/> Bronchoskopie <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung</p> <p>Wenn bekannt, welcher Befund hat sich ergeben? _____</p> <p>Zuletzt gemessene Einsekundenkapazität FEV1 _____ % vom Sollwert Peak-Flow PFR _____ % vom Sollwert</p>
Behandlung	<p>War in der Vergangenheit schon einmal eine stationäre Therapie erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, wie oft? _____ Mal Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>War dabei jemals eine maschinelle Beatmung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wird/wurde das Asthma u.a. auch durch eine häusliche Sauerstofftherapie behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>In den letzten 5 Jahren haben sich die Symptome</p> <p><input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind ganz verschwunden seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Welche Symptome bestehen derzeit noch? _____</p>
Ärzte	<p>Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Waren Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Bei welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ist die Behandlung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Monat/Jahr)</p>
Weitere Fragen an die zu versichernde Person	<p>Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Rauchen Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, was und wieviel pro Tag? _____ Stück/täglich</p> <p><input type="checkbox"/> nein, seit wann nicht mehr? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, ich habe noch nie geraucht!</p> <p>Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</p>

