

## Fragebogen Allergien

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 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 5 Jahren**.

### Rauchverhalten

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?

☐ Nein

☐ Ja, täglich \_\_\_\_\_

### Allergene

1. Welche Allergene lösen oder lösten bei Ihnen Beschwerden aus?

☐ Gräser/Pollen

☐ Hausstaub/Milben

☐ Tierhaare

☐ Insektengift, Nahrungs- oder Arzneimittel und zwar \_\_\_\_\_

☐ andere, und zwar \_\_\_\_\_

Wurde eine Neurodermitis oder ein atopisches Ekzem festgestellt?

☐ Nein

☐ Ja

### Beschwerden

2. Wie äußern sich die allergischen Beschwerden?

☐ an den Augen

☐ an den oberen Atemwegen (Nase/Nasennebenhöhlen)

☐ an den unteren Atemwegen (Bronchien/Luftröhre, asthmatische Beschwerden, Atemnot)

☐ an der Haut

☐ andere, und zwar \_\_\_\_\_

Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

- ☐ Ganzjährig
- ☐ Zeitweilig, und zwar \_\_\_\_\_
- ☐ Einmalig, und zwar \_\_\_\_\_
- ☐ Vollständig beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_

Bestand ein anaphylaktischer Schock/Quincke-Ödem?

- ☐ Nein ☐ Ja

### Medikamente

3. Nehmen Sie aufgrund der Allergie(n) Medikamente ein?

- ☐ Nein ☐ Ja und zwar \_\_\_\_\_
- ☐ als Bedarfsmedikation ☐ als Dauermedikation
- ☐ Ja und zwar \_\_\_\_\_
- ☐ als Bedarfsmedikation ☐ als Dauermedikation

### Untersuchungen/ Behandlungen

4. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind bzgl. der Allergie(n) erfolgt oder geplant?

- ☐ Allergietest ☐ Lungenfunktionstest
- ☐ Hyposensibilisierung ☐ Magen-/Darmspiegelung
- ☐ Reha/Kur ☐ keine
- ☐ andere und zwar \_\_\_\_\_

### Behandler

5. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihren Allergiepass und die entsprechenden Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.**

### Arbeitsunfähigkeiten

6. Waren Sie aufgrund der allergischen Beschwerden **arbeitsunfähig**?

- ☐ Nein ☐ Ja, Zeitraum \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

---

---

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

### Schlusserklärung und Unterschrift

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

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

**X**

**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)