

Fragebogen Atmungsorgane

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

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 Schlussklärung des Antrages.

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 Jahren**.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn bei Ihnen **lediglich eine der in Teil 1 genannten Erkrankungen** der Atmungsorgane besteht bzw. bestand, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus. Sofern Sie an einer anderen/weiteren Erkrankung der Atmungsorgane leiden bzw. litten füllen Sie bitte **den Teil 2** aus.

Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen und beizufügen.

Teil 1 Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

Spastische Bronchitis
 Allergische Bronchitis

Allergisches Asthma
 Asthma Bronchiale

Hyperreagibles Bronchialsystem

Wird oder wurde eine medikamentöse Therapie durchgeführt? Wenn ja, welche?

Dauertherapie mittels Kortisontabletten Dosieraerosol Notfallspray Keine

Bei Verwendung eines Notfallsprays:

Haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallspray benutzen müssen?

nein ja

**Teil 2
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine oder mehrere der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Bronchiektasen | <input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung (Pleuritis) | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung der Atemwege
<small>(dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)</small> | <input type="checkbox"/> Sarkoidose (M. Boeck) | |
- 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.**

Genaue medizinische Diagnose

Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

Genaue medizinische Diagnose

Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

Liegt eine Krebserkrankung vor? nein ja

Bitte machen Sie ggf. 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. ungefährer Zeitpunkt) systolisch diastolisch

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) systolisch diastolisch

**Untersuchungen/
Behandlungen**

Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen der Atmungsorgane** bzw. sind diese geplant?

- | | |
|---|---|
| 1. Lungenfunktionsuntersuchung | 8. sonstige Röntgenuntersuchungen |
| 2. Allergietestung | 9. Computertomographie (CT) |
| 3. Bronchoskopie | 10. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 4. Ultraschalluntersuchung des Herzens | 11. Herzkatheteruntersuchung |
| 5. Ultraschalluntersuchung von Blutgefäßen | 12. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 6. Röntgenuntersuchung der Lungen | 13. Kernspintomographie (MRT) |
| 7. Röntgenuntersuchung der Lungenschlagadern | 14. Operation, welche? |

Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer **Befund/Maßnahme**

Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Ziffer **Befund/Maßnahme**

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

Sofern **Untersuchungen oder Behandlungen geplant** sindZiffer Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Unter welchen Umständen** soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?

MedikamenteWelche **Medikamente** (Spray, Pulverinhalator, Tabletten, Spritzen usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments**

Ständige Einnahme, seit Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

Zeitweilige Einnahme
Zeitraum

Dosis

Name des Medikaments

Ständige Einnahme, seit Datum
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Dosis

Zeitweilige Einnahme
Zeitraum

Dosis

ArbeitsunfähigkeitWaren Sie wegen der Atemwegserkrankung **arbeitsunfähig?** nein ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

NotarztbehandlungErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung?** nein ja, DatumGrund

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte deswegen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme** (Reha) oder **Kur?****Diagnose**

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

Diagnose

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

ZusatzinformationenHaben Sie zusätzliche Informationen beigefügt? nein ja**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

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