

Fragebogen Lunge und Atemwege

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 _____

Krankheiten

1. Welche Lungen-/Atemwegserkrankung wurde bei Ihnen festgestellt?

chronische Bronchitis (COPD)

chronischer Husten

Lungenentzündung (Pneumonie)

Sarkoidose (Morbus Boeck)

Lungenembolie

Schlafapnoe (OSAS)

Pneumothorax

Ursache unbekannt

Ursache _____

Tuberkulose

Emphysem

Lungenkrebs

andere, und zwar _____

Bei hyperreagiblem Bronchialsystem/Asthma bronchiale nutzen Sie bitte den Fragebogen Asthma (215908).

Bitte reichen Sie die entsprechenden Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. Lungenfunktionstest – in Kopie mit ein.

Sofern ein Aufenthalt im Schlaflabor erfolgte, übersenden Sie uns bitte auch Kopien des Erstbefundes sowie des letzten Aufenthaltes.

Beschwerden

2. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

Kurzatmigkeit

Atemnot

Eingeschränkte Belastbarkeit

Tagesmüdigkeit

andere, und zwar _____

Besteht derzeit Beschwerdefreiheit?

Nein Ja, seit _____

Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?

Einmalig Wiederholt

Medikamente

3. Nehmen/nahmen Sie aufgrund der Erkrankung Medikamente ein?

Nein Ja, welches und wann zuletzt _____

Untersuchungen/ Behandlungen

4. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Erkrankung erfolgt oder geplant?

Lungenfunktionstest, zuletzt gemessener FEV1 Blutgasanalyse

unbekannt _____ %

Röntgen der Lunge

Langzeitsauerstoff-Therapie

Untersuchung im Schlaflabor, AHI bei Erstdiagnose

unbekannt Wert _____

CPAP-Therapie seit _____

Operation

Reha/Kur

andere, und zwar _____

keine

Besteht Behandlungsfreiheit?

Nein Ja, seit _____

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 _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Arbeitsunfähigkeiten

6. Waren Sie aufgrund der Erkrankung **arbeitsunfähig**?

Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

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