

Besteht derzeit Beschwerdefreiheit?

Nein Ja, seit _____

Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?

Einmalig Wiederholt

Medikamente

Nehmen Sie aufgrund der Erkrankung Medikamente ein?

Nein Ja und zwar _____

Untersuchungen/ Behandlungen

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

Lungenfunktionstest, zuletzt gemessener FEV1

unbekannt _____ %

Blutgasanalyse

Röntgen der Lunge

Langzeitsauerstoff-Therapie

Untersuchung im Schlaflabor

CPAP-Therapie seit _____

Operation Reha/Kur

andere, und zwar _____

Besteht Behandlungsfreiheit?

Nein Ja, seit _____

Behandler

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 _____

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.

Arbeitsunfähigkeiten

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)