

Fragebogen Allergien oder Hautkrankheiten

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 Schlusserklärung des Antrags.

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**.

Krankheiten

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> allergische Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Ekzem |
| <input type="checkbox"/> allergische Rhinitis | <input type="checkbox"/> Neurodermitis/ Atopisches Ekzem | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> Nesselsucht (Urtikaria) | <input type="checkbox"/> Pseudoallergie |
| <input type="checkbox"/> allergische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Wespen- oder Bienenstichallergie | <input type="checkbox"/> Dyshidrosiformes Ekzem |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Muttermal gutartig |
| <input type="checkbox"/> überregbares (hyperreagibles) Bronchialsystem | | |
| <input type="checkbox"/> Melanom, Hautkrebserkrankung, Muttermal bösartig (dann bitte immer Fragebogen Tumore ausfüllen) | | |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Allergie oder Hautkrankheit (bitte diese hier angeben) | | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

Genauere medizinische Diagnose _____

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? Ggf. betroffene Hautbereiche?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____

Genauere medizinische Diagnose**Beginn**
(MM.JJJJ)**ggf. Ende**
(MM.JJJJ)Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art? Ggf. betroffene Hautbereiche?| | | | | | | || | | | | | | |Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Allergien**Welche **allergischen Beschwerden** sind aufgetreten?

- wiederkehrende Bronchitis obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen) an den Augen
 asthmatische Beschwerden untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien) an der Haut
 an sonstigen Organen? Welche? _____

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die Beschwerden an?

- ganzjährig zeitweilig, in den folgenden Monaten _____

Bei **Asthma** und **Bronchitis**

Wie oft treten die Anfälle auf? _____ Wie lange dauert ein Anfall allgemein? _____

Erfolgte ein Allergietest? nein ja**Datum** (MM.JJJJ)
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)**Welche Allergien** wurden festgestellt?| | | | | | | |Haben Sie einen **Allergiepass**? nein ja (Fotokopien ggf. beifügen)Erfolgte eine Hypersensibilisierung? nein ja**Datum** (MM.JJJJ)
(ggf. ungefährender Zeitraum)Gegen **welche Stoffe/Allergien?**| | | | | | | |**Neurodermitis**Wurde **Neurodermitis** oder ein **atopisches Ekzem** festgestellt? nein ja**Datum** (MM.JJJJ)
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)**Welche Behandlungen?**| | | | | | | |**Blut- und
Laborwerte**Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (ggf. Fotokopie beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum** (MM.JJJJ)
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)__________| | | | | | | |__________| | | | | | | |__________| | | | | | | |**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

1. Laboruntersuchungen 4. Bronchoskopie 7. Operation (Welche?)
 2. Lungenfunktionsuntersuchung 5. UVA oder PUVA Behandlung
 3. Allergietestung 6. Gewebeentnahme (Biopsie)
 8. Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

MedikamenteWelche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments** _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ)	ggf. Einnahme Ende (MM.JJJJ)	Dosis
-------------------------------------	--	--------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ)	ggf. Einnahme Ende (MM.JJJJ)	Dosis
-------------------------------------	--	--------------

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ArbeitsunfähigWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

NotarztbehandlungErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grund _____

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

Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose _____Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnose _____Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Behandelnde ÄrzteVon **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

**Zusätzliche
Angaben**

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**.
Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

- alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben**
 zusätzliche Angaben sind beigefügt **Anzahl Extrablätter** _____

**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)