

Fragebogen Asthma

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 Asthmaform wurde bei Ihnen festgestellt?

allergisches Asthma

nicht-allergisches Asthma

Beschwerden

2. Wie oft treten **tagsüber** Symptome auf?

täglich

wöchentlich/gelegentlich

nie

Schränken die Symptome Sie in Ihren täglichen Aktivitäten ein?

Nein

Ja

Medikamente

3. Nehmen Sie aufgrund des Asthmas 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 aufgrund des Asthmas erfolgt oder geplant?

Allergietest

Blutgasanalyse

Röntgen der Lunge

Reha/Kur

Lungenfunktionstest, zuletzt gemessener FEV1

unbekannt

_____ %

andere, und zwar _____

keine

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 _____

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

Arbeitsunfähigkeiten

6. Waren Sie aufgrund des Asthmas **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)