

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 Schlussklärung 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**.

Rauchverhalten

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?

Nein

Ja, täglich _____

Krankheiten

Welche Asthmaform wurde bei Ihnen festgestellt?

allergisches Asthma

nicht-allergisches Asthma

gemischtförmiges Asthma

Belastungsasthma

infektabedingtes Asthma

hyperreagibles Bronchialsystem

Beschwerden

Wie oft treten **tagsüber** Symptome auf?

bis zu 2-mal wöchentlich

mehr als 2-mal wöchentlich

täglich

nie

Treten auch **nachts** Symptome auf?

Nein

Ja

Schränken die Symptome Sie in Ihren täglichen Aktivitäten ein?

Nein

Ja

Lag ein Status asthmaticus vor?

Nein

Ja

Medikamente

Nehmen Sie aufgrund des Asthmas Medikamente ein?

- Nein Ja und zwar _____
- als Bedarfsmedikation als Dauermedikation
- Ja und zwar _____
- als Bedarfsmedikation als Dauermedikation

**Untersuchungen/
Behandlungen**

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 _____

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.**Arbeitsunfähigkeiten**

Waren Sie aufgrund des Asthmas arbeitsunfähig?

- Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

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

**Schlussklärung
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)