

## Fragebogen Allergische Erkrankungen

Zur Krankenversicherung

VS-Nummer: \_\_\_\_\_ Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

**Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.**

### FRAGEN

### ANTWORTEN

1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wodurch werden bei Ihnen die allergischen Reaktionen ausgelöst?  
Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Allergene an und legen Sie ggf. eine Kopie Ihres Allergiepasses bei.

- Pollen
- Hausstaubmilben
- Schimmelpilze
- Tierhaare
- Insektenstiche/-gift
- folgende Nahrungsmittel/-zusatzstoffe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Metalle
- chemische Stoffe
- Arzneimittel
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

2. Wie äußert sich die Allergie?

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Symptome an.

**Bei Atemwegsbeteiligung reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Atemwegserkrankungen ein.**

- Schnupfen
- Niesen
- Augenreizung/-jucken
- Husten
- Asthma/Atemnot
- Hautausschlag
- Schwellung
- Magen-/Darmbeschwerden
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

3. Über welchen Zeitraum treten bzw. traten die Beschwerden auf (ganzjährig/saisonal, bei Kontakt usw.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Finden regelmäßige Arztbesuche statt?  nein  ja  
Wie werden/wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen ergreifen Sie ggf. selbst? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fanden auch Heilpraktikerbehandlungen statt?  nein  ja  
Wenn ja, welche und über welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Besteht Beschwerdefreiheit?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
Besteht Behandlungsfreiheit?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

6. Wurde oder wird eine Hyposensibilisierung durchgeführt?  nein  ja  
Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist eine Hyposensibilisierung angeraten?  nein  ja

7. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein?  
Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.

Medikament 1: \_\_\_\_\_  
 saisonal  ganzjährig  
 bei Bedarf, wie oft im Monat? \_\_\_\_\_

Medikament 2: \_\_\_\_\_  
 saisonal  ganzjährig  
 bei Bedarf, wie oft im Monat? \_\_\_\_\_

Medikament 3: \_\_\_\_\_  
 saisonal  ganzjährig  
 bei Bedarf, wie oft im Monat? \_\_\_\_\_

keine

8. Liegt eine Hauterkrankung vor (z. B. Psoriasis, Ekzem, Neurodermitis)?  nein  ja  
**Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich den Fragebogen für Hauterkrankungen ein.**

9. Wie oft und wie lange bestand Arbeitsunfähigkeit? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?  nein  ja  
Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_  
**Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.** \_\_\_\_\_

11. Sind Komplikationen wie z. B. ein anaphylaktischer Schock aufgetreten?  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ist oder war eine stationäre Behandlung notwendig?  nein  ja  
**Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.**

12. Sind Sie in Ihrer Berufsausübung Reizstoffen ausgesetzt, auf die Sie allergisch reagieren? Wenn ja, welche?  nein  ja  
Besteht die Möglichkeit, diese Allergene zu meiden?  nein  ja  
Benötigen Sie Hilfsmittel wie z. B. Handschuhe oder Atemschutzmasken?  nein  ja  
Wenn ja, welche?

13. Rauchen Sie?  nein  ja  
Wenn ja, wie viel pro Tag?  
Bei ehemaligen Rauchern:  
Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

14. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

