

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Ergänzung von: _____

Fragebogen zu Allergien

1. Wie bezeichnete der Arzt/ der Therapeut das Leiden?	
2. Welche Körperteile oder Organsysteme waren oder sind von der Allergie betroffen?	Haut (z. B. allergischer Hautausschlag, Ekzeme, Neurodermitis, Nesselsucht, Quaddelbildung, Urtikaria, Medikamentenallergie, Sonnenallergie)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Augen und obere Atemwege (z. B. Augenrötung, Augenjucken, Augentränen, Heuschnupfen, Anschwellen der Schleimhäute)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tiefe Atemwege (z. B. Atemnotgefühl, allergischer Reizhusten oder allergische Bronchitis, Asthma bronchiale)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Verdauungssystem (z. B. Nahrungsmittelunverträglichkeit, allergisch bedingte Bauch- oder Verdauungsbeschwerden)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kreislaufsystem (z. B. anaphylaktischer Schock, allergischer Kreislaufzusammenbruch, Allgemeinreaktionen nach Insektenstichen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

400055 - 01.10

<p>3. Welche Beschwerden sind aufgetreten?</p>	<p>Wann erstmals?</p> <p>Wann zuletzt?</p> <p>In welchen Abständen?</p> <p>.</p>
<p>4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten:</p> <p>1.)</p> <p>erstmals aufgesucht am: _____ zuletzt aufgesucht am: _____</p> <p>2.)</p> <p>erstmals aufgesucht am: _____ zuletzt aufgesucht am: _____</p>
<p>5. Wurde eine Lungenfunktionsuntersuchung, Lungendiffusionsmessung oder Spiroergometrie durchgeführt?</p> <p>Falls Ergebnis vorliegend, bitte beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Welche Untersuchung?</p> <p>Wann?</p> <p>Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung:</p>
<p>6. Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch (z.B. Schimmelsporen, Pollen, Nahrungsmittel, Chemikalien, bestimmte Arbeitsstoffe oder Arbeitsmittel)?</p>	<p>Wenn vorhanden, bitte Allergiepass in Kopie beifügen.</p>
<p>7. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?</p> <p>welche?</p>
<p>8. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?</p> <p>welche?</p> <p>Name und Anschrift des Krankenhauses/der Einrichtung</p>

<p>9. Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann? Mit welchem Ergebnis?</p>
<p>10. Wie wird oder wurde die Erkrankung medikamentös behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Antihistaminika Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Dosieraerosol (Lungenspray) Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Dosieraerosol Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Theophyllin Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Kortisontabletten Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Nasenspray Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Augentropfen Medikamentenname _____ von _____ bis _____ Wie oft täglich? _____ <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p>

<p>19. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was? Wie viel pro Tag? _____ Seit wann? _____ Bei Extra Rauchern: Bis wann? _____</p>
<p>20. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p>

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings **meine Einwilligung** erforderlich:

Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich **die hier von mir genannten** Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar). Ich wiederhole sämtliche Erklärungen, die ich im Zusammenhang mit dem zuletzt bei der ALTE LEIPZIGER gestellten Lebensversicherungsantrag abgegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die des gesetzlichen Vertreters

--	--