

## ZUSATZERKLÄRUNG ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG

Antrag vom:

Name/Vorname des Antragstellers:

Anschrift:

Person:

Vers.-Nr.:

### Allergische Erkrankungen/Asthma

1. Wie wurde die Allergie ärztlicherseits bezeichnet?

5. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- Augentränen, Nasenlaufen  
 Asthmatische Beschwerden  
 Hautbeschwerden (s. Zusatzerklärung Hauterkrankungen)

6. Wie wurde behandelt?

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? - Wann zuletzt?

7. Ist eine Hyposensibilisierung vorgesehen?

ja  nein

3. Bei asthmatischen Beschwerden:  
Wie häufig treten/traten sie pro Monat/Jahr auf?

Wenn ja, wie oft (wöchentlich, monatlich)? und wie lange soll die Behandlung erfolgen?

Wird/werden (ein) Dosieraerosol(e) verwendet?  ja  nein

Wie hoch sind die voraussichtlichen Behandlungskosten?

Wenn ja, wie häufig?  
 regelmäßig (zur Anfallsvorbeugung)  
 nur bei Beschwerden

8. Welche Arzneimittel werden eingenommen?  
Wie oft im Jahr?  
Welche Dosierung?

4. Folgende Stoffe/Substanzen rufen eine allergische Reaktion hervor:

9. Welche sonstigen Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?  
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort/Datum

Unterschrift