

# Zusatzklärung AL – Allergie

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erkrankung

**Ergänzende Gesundheitsfragen zu:** \_\_\_\_\_

**1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?**

- Asthma, allergisches Asthma, Wann? \_\_\_\_\_ Wie häufig? \_\_\_\_\_  
Bronchitis
- Heuschnupfen (allergische Rhinitis), Wann? \_\_\_\_\_ Wie häufig? \_\_\_\_\_  
Augenjucken/-tränen
- Unverträglichkeit gegen Welche Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_  
bestimmte Nahrungsmittel
- Ekzem, Hautüberempfindlichkeit Betroffene Körperregion? \_\_\_\_\_  
gegen bestimmte Substanzen, Nesselsucht
- Überempfindlichkeit gegen Wie äußert sich die Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_  
Insektenstiche
- Sonstige Überempfind- Welche? \_\_\_\_\_  
lichkeitsreaktionen

**2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?**

- Hausstaubmilben, Schimmelpilzsporen
- Umgang mit bestimmten Farbstoffen, Chemikalien, Metallen
- Tierhaare
- Genuss bestimmter Nahrungsmittel
- Pollen von Gräsern, Bäumen, Getreide
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**3. Art der Beschwerden:**

- laufende Nase
- Augenjucken/-tränen
- Schwellung
- asthmatischer Atem
- Hautausschlag
- Erbrechen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_\_

**4. Wann und wie oft treten diese Beschwerden pro Jahr auf?**

- Dauernd während des ganzen Jahres
- Unregelmäßig  1–4 x im Jahr  5–10 x im Jahr  häufiger als 10 x im Jahr
- Nur in folgenden Monaten \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**5. Wurden Sie ambulant behandelt?**

- Nein
- Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Art der Behandlung:**

- Medikamente Name des Medikaments \_\_\_\_\_ Tagesdosis \_\_\_\_\_
- Allergietest allergisch gegen: \_\_\_\_\_
- Untersuchungen Art der Untersuchung \_\_\_\_\_
- Heilmittelanwendungen Art des Heilmittels (z. B. Inhalation, Lichttherapie) \_\_\_\_\_ Anwendungshäufigkeit \_\_\_\_\_
- Hilfsmittelverordnungen Art des Hilfsmittels (z. B. Allergikerbettwäsche, Luftbefeuchter) \_\_\_\_\_

## Zusatzerklärung AL – Allergie

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Desensibilisierung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme, Heilmittelanwendung usw.) abgeschlossen?**

Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten (z. B. Kontrollen)?  
 Ja \_\_\_\_\_

**6. Wurden Sie stationär behandelt?**

Nein  
 Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie operiert?**

Nein  
 Ja Datum der Operation: \_\_\_\_\_  
 Art der Operation: \_\_\_\_\_

**Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?**

Nein  
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
 Art der Behandlung/Operation: \_\_\_\_\_

**7. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?**

Nein  
 Ja Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_  
 Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?**

Nein  
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
 Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**8. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Berufs-/Arbeitsplatzwechsel an?**

Nein  
 Ja

**Ist ein solcher Wechsel schon erfolgt?**

Nein Weshalb?  
 Ja \_\_\_\_\_

**9. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?**

Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? \_\_\_\_\_  
 Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch?  
 \_\_\_\_\_

**10. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?**

Nein  
 Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Erkrankung: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_