

**Selbstauskunft bei allergischen Erkrankungen**

Anfrage vom: \_\_\_\_\_

Name der Person: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die Ihnen bekannte Krankheitsbezeichnung?

\_\_\_\_\_

**2. Beschwerden**

2.1. Welche Beschwerden hatten Sie?

2.2. Bestehen/bestanden asthmatische Beschwerden?

2.3. Wann sind diese erstmals aufgetreten?

2.4. Wie häufig treten/traten die Beschwerden auf?

2.5. Sind Sie beschwerdefrei?  
Wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_\_

**3. Ambulante Behandlung**

3.1. Welcher Arzt behandelte Sie zuletzt  
wegen dieser Erkrankung/Beschwerden?  
(Bitte geben Sie Name und Anschrift des Arztes an!)

3.2. Welche Behandlungen/ Untersuchungen hat der  
Arzt durchgeführt?

3.3. Wann?

3.4. Welche weiteren Behandler wurden bzw. werden wegen dieser Erkrankung/Beschwerden konsultiert?

3.5. Sind Sie jetzt noch in Behandlung?

ja  nein

3.6. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?

ja  nein

3.7. Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?

---

#### **4. Stationäre Behandlung**

4.1. War eine Krankenhausbehandlung notwendig?

ja  nein

(Bitte fügen Sie ggf. den Entlassungsbericht bei!)

ambulant  stationär

Bitte geben Sie Name und Anschrift des einweisenden Arztes an!

4.2. Wenn ja, von wann bis wann?

4.3. Wenn ja, wann?

4.4. Wurden Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

ja  nein

(Bitte fügen Sie ggf. den Entlassungsbericht bei!)

4.5. Wenn ja, wann und wo?

---

## 5. **Medikamente**

5.1. Erhalten/Erhielten Sie Medikamente?

ja  nein

5.2. Wie heißt das Medikament?

5.3. In welcher Dosis nehmen/nahmen Sie dieses Medikament ein (pro Tag)?

5.4. Nehmen Sie das Medikament heute noch?

ja  nein

---

## 6. **Therapien**

6.1. Erhalten/ erhielten Sie Injektionen?

ja  nein

6.2. Wenn ja, wann in den letzten drei Jahren, Anzahl pro Jahr?

**7. Folgebehandlungen**

7.1. Sind wegen dieser Erkrankung/Beschwerden weitere ambulante bzw. stationäre Behandlungen und Untersuchungen angeraten oder geplant?

ja  nein

7.2. Wenn ja, welche?

---

**8. Arbeitsunfähigkeit**

8.1. Besteht oder bestand Arbeitsunfähigkeit?

ja  nein

8.2. Wenn ja, von wann bis wann?

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person  
bzw. deren gesetzlichen Vertreter