

Zusätzliche Erklärung über Allergie

Versicherungsnummer _____
Versicherungsnehmer _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum _____

Welche Allergie besteht? Pollenallergie sonstige Allergie: _____
 Hausstauballergie (Bitte Art der Allergie hier eintragen)

Bestehen oder bestanden asthmatische Beschwerden? nein ja

Wenn ja, wie häufig treten die Anfälle auf? weniger als einmal täglich einmal täglich oder mehrmals

Über welchen Zeitraum leiden Sie insgesamt an allergischen Beschwerden? bis maximal 8 Wochen mehr als 8 Wochen

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
Wann? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Bestehen Hauterkrankungen? nein ja
Wenn ja, welche? Neurodermitis Ekzem
 Schuppenflechte Sonstige: _____
(Bitte Art der Hauterkrankung hier eintragen)

Welche Körperteile sind betroffen? _____
Welche Größe haben die betroffenen Stellen? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16 Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter