

## Zusätzliche Erklärung über Asthma

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen Asthmabeschwerden? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie den letzten  
Asthmaanfall? \_\_\_\_\_

Wie oft treten Asthmaanfälle auf? \_\_\_\_\_

Waren bereits Krankenhausaufenthalte  
bzw. Sanatoriumsaufenthalt erforderlich?  nein  ja  
Wann waren diese Behandlungen? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Anschrift des Krankenhauses bzw.  
Sanatoriums? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser  
Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)  
Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_  
Welche Behandlungen wurden dabei  
durchgeführt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**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