

Zusatzklärung zum Krankenversicherungsantrag



Allergische Erkrankungen/Asthma

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Antrag vom:

Name, Vorname
des Antragstellers:

Anschrift:

Person:

Vers.-Nr.:

1. Wie wurde die Allergie ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- Augentränen, Nasenlaufen
 Asthmatische Beschwerden
 Hautbeschwerden (siehe Zusatzklärung Haut-
erkrankungen)

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?

3. Bei asthmatischen Beschwerden:
Wird/werden (ein) Dosieraerosol(e) verwendet?

ja nein

Wenn ja, wie häufig?

regelmäßig (zur Anfallsvorbeugung)

Anzahl pro Monat: _____

Anzahl pro Jahr: _____

4. Folgende Stoffe/Substanzen rufen folgenden Reaktionen
hervor:

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

6. Wie wurde behandelt?

7. Ist eine Hyposensibilisierung vorgesehen?

ja nein

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

Wie hoch sind die voraussichtlichen Behandlungskosten?

8. Welche Arzneimittel werden eingenommen?

Wie oft im Jahr?

Welche Dosierung?

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