

# 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