

## Fragebogen Allergien

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

### Rauchverhalten

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)?

Nein           Ja, täglich \_\_\_\_\_

### Allergene

Welche Allergene lösen oder lösten bei Ihnen Beschwerden aus?

- Gräser/Pollen
- Hausstaub/Milben
- Tierhaare
- Insektengift, und zwar \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittel, und zwar \_\_\_\_\_
- Arzneimittel, und zwar \_\_\_\_\_
- andere, und zwar \_\_\_\_\_

### Beschwerden

Wie äußern sich die allergischen Beschwerden?

- an den Augen
- an den oberen Atemwegen (Nase/Nasennebenhöhlen)
- an den unteren Atemwegen (Bronchien/Luftröhre, asthmatische Beschwerden, Atemnot)
- an der Haut
- Verdauungsstörungen, und zwar \_\_\_\_\_
- andere, und zwar \_\_\_\_\_

Wurde eine Neurodermitis oder ein atopisches Ekzem festgestellt?

Nein           Ja

Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

- Ganzjährig
- Zeitweilig, und zwar \_\_\_\_\_
- Einmalig, und zwar \_\_\_\_\_
- Vollständig beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_

Bestand ein anaphylaktischer Schock/Quincke-Ödem?

- Nein  Ja

### Medikamente

Nehmen Sie aufgrund der Allergie(n) Medikamente ein?

- Nein  Ja und zwar \_\_\_\_\_
- als Bedarfsmedikation  als Dauermedikation
- Ja und zwar \_\_\_\_\_
- als Bedarfsmedikation  als Dauermedikation

### Berufliche Exposition

Sind Sie bei Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit Allergenen ausgesetzt?

- Nein  Ja

### Untersuchungen/ Behandlungen

Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind bzgl. der Allergie(n) erfolgt oder geplant?

- Allergietest  Lungenfunktionstest
- Hyposensibilisierung  Magen-/Darmspiegelung
- Reha/Kur  keine
- andere und zwar \_\_\_\_\_

### Behandler

Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihren Allergiepass und die entsprechenden Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.**

### Arbeitsunfähigkeiten

Waren Sie aufgrund der allergischen Beschwerden arbeitsunfähig?

- Nein  Ja, Zeitraum \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben**

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

---

---

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigefügt wurden.

**Schlusserklärung  
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen  
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)