

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Allergien

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen an-
zeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt ha-
ben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> Arzneimittelallergie |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> atopisches Ekzem (Neurodermitis) |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilbenallergie | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen (Pollinosis) |
| <input type="checkbox"/> Insektengiftallergie | <input type="checkbox"/> Kontaktallergie (Ekzem) |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Nesselsucht / Urtikaria |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzallergie |
| <input type="checkbox"/> Tierhaarallergie | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? |
-

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augentränen, Augenbrennen | <input type="checkbox"/> Hautekzeme |
| <input type="checkbox"/> Niesen, Schnupfen, laufende Nase | <input type="checkbox"/> Hautjucken, Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> Reizung der Atemwege, Reizhusten | <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Urtikaria |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> asthmatische Beschwerden, Asthma | <input type="checkbox"/> anaphylaktischer Schock |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? |
-

Gegen welche Stoffe sind sie allergisch?

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

ganzjährig

saisonal

von? _____ bis? _____

von? _____ bis? _____

unregelmäßig

Wie oft? _____ mal/Jahr Dauer? _____

Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

ja nein,

es bestehen noch folgende Beschwerden: _____

Sofern eine Hautbeteiligung vorlag, welche Körperstellen sind/ waren betroffen?

Wie groß sind/ waren die betroffenen Hautbezirke?

zweieurostückgroß

großflächig am ganzen Körper

handteller groß

sonstige Größenangabe: _____ cm

Behandlungsweise/ Therapie:

Medikamente

Salben

Inhalationen

Bäder

Desensibilisierung

keine Therapie

Diät

sonstige Therapie, welche?

Genau Bezeichnung des Medikaments, der Inhalationen und dessen Dosierung?

Nasenspray Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
 ca. _____mal/Jahr ganzjährig nur zur Blütezeit

Dosieraerosol Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
 ca. _____mal/Jahr ganzjährig nur zur Blütezeit

Tabletten Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
 ca. _____mal/Jahr ganzjährig nur zur Blütezeit

Salben Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
 ca. _____mal/Jahr ganzjährig nur zur Blütezeit

Sonstige, welche? Name: _____

Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
 ca. _____mal/Jahr ganzjährig nur zur Blütezeit

Besteht Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln? ja nein

Wenn »ja«, gegen welche? _____

Müssen Sie eine bestimmte Diät einhalten? ja nein

Wenn »ja«, welche? _____

Wurde ein Allergietest durchgeführt? ja nein

Wenn »ja«, Testbefunde? _____

Wurde ein Allergiepass ausgestellt? ja nein

Wenn »ja«, bitte Kopie beifügen oder die bestehenden Allergien übertragen!

Besteht oder bestand jemals ein Asthma bronchiale
oder asthmatische Beschwerden? ja nein

Wurden Sie hyposensibilisiert? ja nein

Wenn »ja«, wogegen/ weswegen?

Von wann bis wann? von _____ bis _____

Mit Erfolg bzw. liegt Ausheilung vor? ja nein

Ist eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisie-
rung) angeraten bzw. vorgesehen? ja nein

Wurde ein Lungenfunktionstest durchgeführt? ja, nein
bitte Befund beifügen

Sind Gesundheitsfolgen wie z.B. exogen allergische
Alveolitis, Lungenfibrose, Rechtsherzinsuffizienz,
Hypoxämie oder Ventilationsstörungen entstanden? ja nein

Sind sonstige Gesundheitsfolgen entstanden? ja nein

Wenn »ja«, welche?

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind geplant?

