

Medizinische Selbstauskunft über allergische Erkrankungen

Antragsteller: _____ Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen _____

1. Welche Allergien bestehen / bestanden oder werden vermutet?

Bezeichnung: _____ seit wann? _____

2. Welche Beschwerden / Krankheitsbilder traten / treten auf?

	Beschwerdezeiten / Krankheitszeiten von (Monat/ Jahr)	bis (Monat/ Jahr)	ganzjährig ? ja
<input type="checkbox"/> Asthma/asthmatische Beschwerden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reizhusten/häufiger Husten/Bronchitis	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hautekzeme/Neurodermitis	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heu-/Stockschnupfen, Augen-/Nasenjucken	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nesselsucht/Urticaria	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Milchschorf/Säuglingsekzem	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

3.a) Wann treten/traten diese Beschwerden auf?

- ☐ Hausarbeit ☐ Berufstätigkeit ☐ Umgang mit Tieren - welche? _____
☐ bei körperlicher Tätigkeit ☐ bei anderen Tätigkeiten - welche? _____
☐ bei Genuß bestimmter Nahrungsmittel - welche? _____
☐ in der Natur - welche Jahreszeit? _____

3.b) Wann / wie oft treten/traten diese Beschwerden pro Jahr auf?

- ☐ während des ganzen Jahres ☐ nur in bestimmten Monaten - welche? _____
☐ unregelmäßig im Jahr
☐ 1 - 2 x
☐ 3 - 5 x
☐ öfter als 5 x

3.c) Waren Sie länger als 2 Wochen arbeitsunfähig krankgeschrieben?

- ☐ nein ☐ ja, wie oft? _____ Von wann bis wann? _____

4. Befinden Sie sich in regelmäßiger Behandlung oder Kontrolle?

- ☐ nein ☐ ja, Name/Anschrift des Arztes _____

letzte Arztbesuche am: _____

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Antrag/Anfrage vom: _____

5. Wie wird/wurde Ihre Allergie behandelt?

☐ keine Behandlung

☐ Dosieraerosolspray Präparat/Name: _____ Hübe am Tag: _____

☐ Kortison Präparat/Name: _____ seit wann: _____

☐ Antiallergika / Tabletten Präparat/Name: _____ Dosierung: _____

☐ Nasentropfen / -spray Präparat/Name: _____

☐ Augentropfen Präparat/Name: _____

Über welchen Zeitraum nehmen bzw. nahmen Sie die o. g. Medikamente ein? _____

☐ Desensibilisierung, wann?: _____ ☐ mit Erfolg ☐ ohne Erfolg

☐ Abbruch der Behandlung

☐ mit Nebenwirkungen, welche? _____

6. Wurde ein Allergietest durchgeführt? ☐ nein ☐ ja, welches Ergebnis? _____

7. Wurde ein Allergiepaß ausgestellt? ☐ nein ☐ ja, bitte Kopie beifügen.

8. Erfolgte eine stationäre Behandlung/Kur? ☐ nein ☐ ja, Name, Anschrift, Zeitraum?

9. Ist eine Desensibilisierung vorgesehen? ☐ nein ☐ ja, wann? _____

10. Sind Sie jetzt behandlungsfrei? ☐ nein ☐ ja, seit wann? _____

10.1 wenn nein, Medikation, Name, Dosierung? _____

11. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? ☐ nein ☐ ja, seit wann? _____

12. Sind noch weitere Maßnahmen angeraten? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

12.1 Welcher Arzt kann Auskunft geben? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

Datum

Unterschrift Antragsteller und zu versichernde volljährige Person