

## 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?

<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> Umgang mit Tieren - welche? _____
<input type="checkbox"/> bei körperlicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> bei anderen Tätigkeiten - welche? _____	
<input type="checkbox"/> bei Genuss bestimmter Nahrungsmittel - welche? _____		
<input type="checkbox"/> in der Natur - welche Jahreszeit? _____		

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

<input type="checkbox"/> während des ganzen Jahres	<input type="checkbox"/> nur in bestimmten Monaten - welche? _____	<input type="checkbox"/> unregelmäßig im Jahr <input type="checkbox"/> 1 - 2 x <input type="checkbox"/> 3 - 5 x <input type="checkbox"/> öfter als 5 x
--	--	---

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie oft? _____ Von wann bis wann? _____
-------------------------------	--

4. Befinden Sie sich in regelmäßiger Behandlung oder Kontrolle?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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