

Fragebogen Asthma bronchiale



Zusatzklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	☐ ja, am _____ ☐ nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	☐ ja, am _____ ☐ nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	☐ ja, am _____ ☐ nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? Insbesondere, wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche? ☐ regelmäßig / ☐ bei Bedarf Dosierung: _____	
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
8. Kam es zu Rückfällen? Wenn ja, wann?	☐ ja ☐ nein

Fragebogen Asthma bronchiale



9. Wann ist das Asthma festgestellt worden	Am
10. Wurde bei Ihnen ein Allergietest durchgeführt? Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?	☐ ja ☐ nein ☐ Arzneimittel ☐ Insektengift ☐ Gräser / Pollen ☐ Nahrungsmittel ☐ Hausstaub / Hausstaubmilbe ☐ Sonstige Stoffe und Materialien (Metall, Chemikalien etc.) ☐
11. Wurde eine Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt? Wenn ja, mit / ohne Erfolg?	☐ ja ☐ nein ☐ mit Erfolg ☐ ohne Erfolg
12. Gibt es asthmaauslösende Faktoren, die Sie z.B. aus beruflichen Gründen nicht vermeiden können? Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
13. Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein ☐ Zigaretten: Stück ☐ sonstiges : Stück
14. Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?	☐ ja, am ☐ nein
15. Wurde ein Lungenfunktionstest durchgeführt? Wenn ja, wann, Ergebnis?	☐ ja, am ☐ nein
16. Wie oft treten die Anfälle (Atemnot) auf?	 pro Jahr
17. Wann war der letzte Anfall?	Am

Fragebogen Asthma bronchiale



18. Wie lange dauern die Anfälle durchschnittlich?	 Minuten
19. Ist es schon zu einem Status asthmaticus gekommen? Wenn ja, wie oft, wann zuletzt?	☐ ja, am ☐ nein
20. Zusätzliche Angaben	
21. Haben Sie aufgrund Ihres Asthmas einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? Wenn ja, bitte nähere Angaben	☐ ja, am ☐ nein
22. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	☐ ja, seit ☐ nein
23. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	☐ ja ☐ nein
24. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	☐ ja ☐ nein von bis

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

☐ zusätzliche Angaben sind beigelegt
 ☐ Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers