

Selbstauskunft Allergien / Atemwegserkrankungen

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person

Antrag vom:

Geburtsdatum:

Antragsteller / Vers.-Nummer:

Anschrift:

Allergien (z. B. Heuschnupfen) / Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale)

Frage 1:

a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?

b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung?
(Bitte Name und Anschrift angeben)

c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?

Frage 2:

a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?
(z. B. Augentränen, Juckreiz der Augen, Atemwegsprobleme, etc.)

b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?

c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Allergien / Atemwegserkrankungen

Frage 2:	<p>d) Wann und wo treten die Beschwerden hauptsächlich auf? (z. B. ganzjährig, saisonal, nur an best. Körperstellen, etc.)</p>	
Frage 3:	<p>a) Wurde zu einer Hyposensibilisierung geraten oder wurde bereits eine durchgeführt? Wenn ja mit welchem Erfolg bzw. liegt eine Ausheilung vor?</p> <p>Bestehen oder bestanden Atemwegserkrankungen, Atemnot oder Erkrankungen an Atmungsorgane wie Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen? Wurde Asthma- oder Asthma-Bronchiale jemals diagnostiziert? Erläutern Sie.</p>	
	<p>b) Sind / waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig? Bitte Befunde beifügen.</p>	<p>Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/></p> <p>Ambulant <input type="radio"/> Stationär <input type="radio"/></p> <p>Wann? (Zeitraum)</p> <p>Wo? (bitte Name und Anschrift angeben)</p>
	<p>c) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum?</p>	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Allergien / Atemwegserkrankungen

Frage 4:	a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?						
	b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach- / Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen.	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>		
	c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen.						
	d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Lungenfunktionstests, Allergietest, etc.) Falls ja, welche?						
	e) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>		
Frage 5:	a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente? Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>		
	b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?						
	c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?	
	d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Allergien / Atemwegserkrankungen

Frage 5:	e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)? Bitte Befund beifügen.	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, seit wann? <input type="text"/>
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?	<input type="text"/>	
	c) Haben diese Erkrankung / Beschwerden Folgen hinterlassen? (z. B. Atemnotanfälle, häufige Luftnot etc.) Falls ja, welche?	<input type="text"/>	
Frage 7:	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?	<input type="text"/>	
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?	<input type="text"/>	
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.	<input type="text"/>	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person