

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

Lungenerkrankungen

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> hyperreagibles Bronchialsystem | <input type="checkbox"/> Krupphusten |
| <input type="checkbox"/> Lungenempysem | <input type="checkbox"/> Sarkoidose |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Pneumothorax |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Liegt eine Einschränkung der Lungenfunktion vor? ja nein

Ist die Atmung frei, ohne Schmerzen und Hustenreiz? ja nein

Welche Beschwerden haben Sie bzw. welche Beschwerdesymptomatik liegt vor?
(Atemnot, Husten, asthmatische Beschwerden, etc.)

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

Wie oft treten die Beschwerden im Durchschnitt auf?

_____ mal/ Tag _____ mal/ Monat _____ mal/ Jahr

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor? ja nein

Wenn »ja«, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Besteht oder bestand eine Raucherbronchitis? ja nein

Von wann bis wann ist die Erkrankung aufgetreten? von - bis? _____

Wurde die Erkrankung ambulant oder stationär behandelt? ambulant stationär

Sofern eine stationäre Behandlung erfolgte, überlassen Sie uns bitte eine Kopie des Entlassungsberichtes!

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

<input type="checkbox"/> Röntgen	wann? _____	wie oft? _____
<input type="checkbox"/> Blutuntersuchungen	wann? _____	wie oft? _____
<input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest	wann? _____	wie oft? _____
<input type="checkbox"/> Provokationstest	wann? _____	wie oft? _____
<input type="checkbox"/> Bronchoskopie	wann? _____	wie oft? _____
<input type="checkbox"/> Sonstige, welche?	wann? _____	wie oft? _____

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt?

medikamentöse Therapie, Name? - Dosierung? von - bis? _____

Inhalationen von - bis? _____

Sonstige, welche? von - bis? _____

Liegt ein Asthma bronchiale, eine Lungen-
fehlbildung, ein Emphysem, eine Lungenfibrose,
eine Hypoxämie, Ventilationsstörungen, eine
COPD oder ein Cor pulmonale vor?

ja nein

Wenn »ja«, welche?

Liegen andere Gesundheitsfolgen vor?

ja nein

Wenn »ja«, welche?

Stehen Sie noch unter ärztlicher
Kontrolle oder Beobachtung?

ja nein

Haben Sie heute noch Beschwerden?

ja nein

Wenn »ja«, welche?

Sind weitere diagnostische und/oder
therapeutische Maßnahmen notwendig,
angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

Wenn »ja«, welche?

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? ja nein

Wenn »ja«, seit wann?

Wenn »nein«, welche Beschwerden bestehen?

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben)

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

Hinweis:

Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Ich weiß, dass ich bei Verletzung dieser Pflichten meinen Versicherungsschutz gefährde bzw. kein annahmefähiges Angebot erstellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten