

## 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)

## Allergien

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**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"/> allergisches Asthma             | <input type="checkbox"/> Arzneimittelallergie             |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale               | <input type="checkbox"/> atopisches Ekzem (Neurodermitis) |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilbenallergie         | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen (Pollinosis)        |
| <input type="checkbox"/> Insektengiftallergie            | <input type="checkbox"/> Kontaktallergie (Ekzem)          |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie          | <input type="checkbox"/> Nesselsucht / Urtikaria          |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzallergie             |
| <input type="checkbox"/> Tierhaarallergie                | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?                |
-

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Augentränen, Augenbrennen        | <input type="checkbox"/> Hautekzeme                         |
| <input type="checkbox"/> Niesen, Schnupfen, laufende Nase | <input type="checkbox"/> Hautjucken, Hautausschlag          |
| <input type="checkbox"/> Reizung der Atemwege, Reizhusten | <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Urtikaria             |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis                       | <input type="checkbox"/> Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> asthmatische Beschwerden, Asthma | <input type="checkbox"/> anaphylaktischer Schock            |
| <input type="checkbox"/> Atemnot                          | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?                  |
- 

Gegen welche Stoffe sind sie allergisch?

---

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmals? \_\_\_\_\_ zuletzt? \_\_\_\_\_

- ganzjährig  
 saisonal

von? \_\_\_\_\_ bis? \_\_\_\_\_

von? \_\_\_\_\_ bis? \_\_\_\_\_

- unregelmäßig

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal/Jahr Dauer? \_\_\_\_\_

Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

- ja  nein,

es bestehen noch folgende Beschwerden: \_\_\_\_\_

Sofern eine Hautbeteiligung vorlag, welche Körperstellen sind/ waren betroffen?

---

Wie groß sind/ waren die betroffenen Hautbezirke?

- zweieurostückgroß                       großflächig am ganzen Körper  
 handtellergroß                               sonstige Größenangabe: \_\_\_\_\_ cm

Behandlungsweise/ Therapie:

- Medikamente                                       Salben  
 Inhalationen                                       Bäder  
 Desensibilisierung                               keine Therapie  
 Diät     sonstige Therapie, welche?
- 

Genau Bezeichnung des Medikaments, der Inhalationen und dessen Dosierung?

Nasenspray                      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:     täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)                       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)  
 ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr                               ganzjährig                       nur zur Blütezeit

Dosieraerosol                      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:     täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)                       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)  
 ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr                               ganzjährig                       nur zur Blütezeit

Tabletten                      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:     täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)                       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)  
 ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr                               ganzjährig                       nur zur Blütezeit

Salben                      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:     täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)                       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)  
 ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr                               ganzjährig                       nur zur Blütezeit

Sonstige, welche?                      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:     täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)                       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)  
 ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr                               ganzjährig                       nur zur Blütezeit

Besteht Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln?  ja  nein

Wenn „ja“, gegen welche? \_\_\_\_\_

Müssen Sie eine bestimmte Diät einhalten?  ja  nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Wurde ein Allergietest durchgeführt?  ja  nein

Wenn „ja“, Testbefunde? \_\_\_\_\_

Wurde ein Allergiepass ausgestellt?  ja  nein

Wenn „ja“, bitte Kopie beifügen oder die bestehenden Allergien übertragen!

Besteht oder bestand jemals ein Asthma bronchiale  
oder asthmatische Beschwerden?  ja  nein

Wurden Sie hyposensibilisiert?  ja  nein

Wenn „ja“, wogegen/ weswegen? \_\_\_\_\_

Von wann bis wann? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mit Erfolg bzw. liegt Ausheilung vor?  ja  nein

Ist eine spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) angeraten bzw. vorgesehen?

ja  nein

Wurde ein Lungenfunktionstest durchgeführt?

ja,  nein  
Bitte Befund beifügen.

Sind Gesundheitsfolgen wie z.B. exogen allergische Alveolitis, Lungenfibrose, Rechtsherzinsuffizienz, Hypoxämie oder Ventilationsstörungen entstanden?

ja  nein

Sind sonstige Gesundheitsfolgen entstanden?  
Wenn „ja“, welche?

ja  nein

---

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind geplant?

---

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. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten