

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Allergien

1. Wie bezeichnete der Arzt / der Therapeut das Leiden?

2. Welche Körperteile oder Organsysteme waren oder sind von der Allergie betroffen?

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Haut (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzeme, Neurodermitis, Nesselsucht, Quaddelbildung, Urtikaria, Medikamentenallergie, Sonnenallergie)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Augen und obere Atemwege (z.B. Augenrötung, Augenjucken, Augentränen, Heuschnupfen, Anschwellen der Schleimhäute)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Tiefe Atemwege (z.B. Atemnotgefühl, allergischer Reizhusten oder allergische Bronchitis, Asthma bronchiale)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Verdauungssystem (z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeit, allergisch bedingte Bauch- oder Verdauungsbeschwerden)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kreislaufsystem (z.B. anaphylaktischer Schock, allergischer Kreislaufzusammenbruch, Allgemeinreaktionen nach Insektenstichen)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Stand 11.2018

3. Welche Beschwerden sind aufgetreten?

Wann erstmals?

Wann zuletzt?

In welchen Abständen?

4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? **(Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)**

nein ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am:

zuletzt aufgesucht am:

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am:

zuletzt aufgesucht am:

5. Wurde eine Lungenfunktionsuntersuchung, Lungendiffusionsmessung oder Spiroergometrie durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung?

Wann?

Name und Anschrift des Arztes/ der Einrichtung:

6. Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch (z.B. Schimmelsporen, Pollen, Nahrungsmittel, Chemikalien, bestimmte Arbeitsstoffe oder Arbeitsmittel)?
Wenn vorhanden, bitte Allergiepass in Kopie beifügen!

7. Sind aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten? nein ja

Falls ja, welche Komplikationen und wann?

8. Waren aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus /stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? nein ja
Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche Komplikationen und wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

9. Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt? nein ja

Falls ja, wann?

Mit welchem Ergebnis?

10. Wie wird oder wurde die Erkrankung medikamentös behandelt?

keine Behandlung

Antihistaminika

Medikamentenname: _____

von: bis:

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

Dosieraerosol (Lungenspray)

Medikamentenname: _____

von: bis:

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

(Fortsetzung der Frage 10 auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung der Frage 10)

2. Dosieraerosol (Lungenspray) Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

Theophyllin Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

Kortisontabletten Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

Nasenspray Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

Augentropfen Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

Hautpräparat Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

weitere Medikamente Medikamentenname: _____

von: _____ bis: _____

ganzjährig saisonal bei Bedarf

wie oft pro Monat? _____

11. Welche weiteren Behandlungen sind zurzeit erforderlich?

12. Wann treten die Beschwerden auf?

- ganzjährig saisonal bei der Arbeit
 bei Pollenkontakt bei körperlicher Anstrengung sonstiges (Bitte genaue Angaben)

13. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein ja

Falls ja, zu welchen?

14. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?

nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

15. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Handschuhe oder Atemschutzmasken?

nein ja

Falls ja, welche?

16. Haben Sie beruflich Kontakt mit Stoffen, gegen die Sie allergisch sind?

nein ja

Falls ja, welche?

17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit?

18. Bestand / besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der o.g. Erkrankungen? (Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen)

nein ja

Falls ja, welche Erkrankung?

19. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?

nein ja

Falls ja, was? _____

Wie viel pro Tag? _____

Seit wann? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Bei Extrauchern, bis wann? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

20. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x