

Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Selbstauskunft allergische Erkrankungen

für \_\_\_\_\_

*Sofern der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.*

<b>1. Wie wurde die Erkrankung vom Behandler bezeichnet?</b> _____ _____	<b>8. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt oder ist diese vorgesehen?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____
<b>2. Welcher Art waren die Beschwerden? Wann treten die Beschwerden auf?</b> _____ _____ _____	<b>9. Welche Medikamente wurden verordnet?</b> _____ _____ _____
<b>3. Bestehen oder bestanden jemals asthmatische Beschwerden?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie oft sind die Beschwerden aufgetreten? _____ Bei welchen Gelegenheiten? _____ Zeitdauer der Anfälle? _____	<b>10. In welcher Dosierung erfolgte die Medikation? Über welchen Zeitraum?</b> _____ <b>11. Ist weiterhin eine Medikation erforderlich?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
<b>4. Welche Stoffe bzw. Substanzen rufen eine allergische Reaktion hervor?</b> _____ _____ _____	<b>12. Wurde eine bestimmte Diät verordnet?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____
<b>5. Wurde ein Allergietest durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit welchem Ergebnis? _____ _____	<b>13. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?</b> <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein, es bestehen noch folgende Beschwerden: _____
<b>6. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?</b> _____ _____	<b>14. Welche weiteren Behandlungen sind geplant oder erforderlich?</b> _____ _____
<b>7. Wie wurden Sie behandelt?</b> _____ _____	<b>15. Welcher Arzt kann hierzu Auskunft geben?</b> _____ _____

Ich bestätige, dass ich die in dieser Erklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet habe. Über die oben niedergeschriebenen Angaben hinaus habe ich dem Makler/Vermittler keine weiteren Auskünfte zum Gesundheitszustand erteilt. Mir ist bekannt, dass unvollständige bzw. falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschriften des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter