

Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer: _____

Selbstauskunft allergische Erkrankungen

für _____

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

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

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