VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Zusätzliche Erklärung über Allergie

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte _____
Geburtsdatum: _____

1. Welche Allergie besteht?
   - ☐ Pollenallergie
   - ☐ Hausstauballergie
   - ☐ Sonstige Allergie: _____ (Bitte Art der Allergie hier eintragen)

2. Über welchen Zeitraum leiden Sie insgesamt an allergischen Beschwerden?
   - ☐ saisonal
   - ☐ ganzjährig

3. Bestehen oder bestanden asthmatische Beschwerden?
   - ☐ nein
   - ☐ ja

   Wenn ja, wie häufig treten Beschwerden (z. B. Husten, Atemnot) ohne Behandlung auf?
   - ☐ Symptome höchstens einmal pro Woche
   - ☐ Symptome häufiger als einmal pro Woche, aber nicht täglich
   - ☐ Symptome mindestens einmal täglich

   Wann trat der letzte Asthmaanfall auf? _____ (Monat/Jahr)

4. Welche Medikamente sind erforderlich? _____ (Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

   Welche Art von medikamentöser Therapie wurde verordnet?
   - ☐ Bedarfstherapie (Einnahme nur bei Beschwerden)
   - ☐ Dauertherapie (tägliche Medikamenteneinnahme notwendig)

5. Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____ (Bitte Name und Anschrift angeben)

   Wann? _____ (Datum)
   Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

6. Wird/wurde eine Desensibilisierung
   a) durchgeführt? _____
   b) angeraten? _____

7. Bestehen Hautkrankheiten?
   - ☐ nein
   - ☐ ja

   a) Wenn ja, welche?
   - ☐ Neurodermitis
   - ☐ Sonstige: _____ (Bitte Art der Hauterkrankung hier eintragen)

   b) Welche Körperstellen sind betroffen? _____
   c) Welche Größe haben die betroffenen Stellen? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

_____ _____
Datum Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen: gesetzliche Vertreter