Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Atemwegserkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

1. Welche Erkrankung liegt vor?
   - ☐ akute Bronchitis
   - ☐ chronische Bronchitis
   - ☐ Asthma bronchiale
   - ☐ Sonstige: _____ (Bitte Art der Atemwegserkrankung hier eintragen)

2. Seit wann besteht die Erkrankung? _____

3. Bestehen asthmatische Beschwerden? ☐ nein ☐ ja
   Wann trat der letzte Asthmaanfall auf? _____ (Monat/Jahr)
   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 einmal täglich oder ständig

   Besteht Atemnot bei Belastung? ☐ nein ☐ ja

4. Besteht eine Allergie? ☐ nein ☐ ja
   Wenn ja, welche? _____ (Bitte Art der Allergie hier eintragen)

5. War bisher eine stationäre Behandlung notwendig? ☐ nein ☐ ja
   Wenn ja, welche? _____

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

7. 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)

8. Welche Beschwerden bestehen zurzeit? _____

9. Seit wann sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? _____

10. Welche Behandlungen
    a) werden jetzt durchgeführt? _____
    b) sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

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