

## 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