

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