

## 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?

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt?

\_\_\_\_\_  
(Datum)

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