

## 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