

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.  
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.  
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

### Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Allergien

#### Beschreibung allergischer Beschwerden

**Leiden oder litten Sie unter allergischen Atemwegsbeschwerden?**  ja  nein

Falls ja: Durch welche Beschwerden/Krankheitserscheinungen äußert sich die Allergie?  
 Hustenreiz  Bronchitis  Heuschnupfen  Asthma  sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente verwenden oder verwendeten Sie wegen der Atemwegsbeschwerden?  
 keine Medikamente  Nasenspray/-tropfen/-salbe  Kortisontabletten  
 antiallergische Tabletten  Asthmatabletten ohne Kortison  Asthmaspray / Dosieraerosol  
 andere: \_\_\_\_\_

Erfolgte eine ärztliche Beratung zur Ausdehnung der Beschwerden vom Nasen- / Rachenraum in Richtung Bronchien/Lunge („Etagenwechsel“)?  ja  nein

Wann treten die Beschwerden auf:  nur zu bestimmten Jahreszeiten  ganzjährig  sporadisch  
 Wann zuerst? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ Wann zuletzt? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ

**Leiden oder litten Sie unter allergischen Hauterkrankungen?**  ja  nein

Falls ja: Welches Erkrankungsbild tritt oder trat bei Ihnen auf?  
 Urticaria / Nesselsucht  atopische Dermatitis  endogenes Ekzem  Säuglingsekzem  
 allergisches Kontaktekzem  Arzneimittelexanthem  Milchschorf  Lichtdermatosen  
 Lichtreaktion der Haut  sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Neurodermitis Wie viele Krankheitsherde bestehen? \_\_\_\_\_

Sind diese lokal eng begrenzt? (≤ 2 cm)  ja  nein

Hat sich die Krankheit in den letzten 5 Jahren weiter ausgebreitet?  ja  nein

Wann treten die Beschwerden auf:  nur zu bestimmten Jahreszeiten  ganzjährig  sporadisch  
 Wann zuerst? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ Wann zuletzt? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ

Wie häufig ist / sind die Hauterkrankung(en) insgesamt aufgetreten? \_\_\_\_\_ Mal

Ist bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eines der folgenden Symptome aufgetreten?

- anaphylaktischer Schock  allergischer Schock  Schleimhautschwellung  
 Quincke-Ödem  keine Symptome  
 sonstige: \_\_\_\_\_

**Treten oder traten in weiteren Bereichen – außer den bereits genannten – allergische Symptome auf?**  ja  nein

Falls ja: Wo?  Magen/Darm  Augen  sonstige: \_\_\_\_\_  
 Wann treten die Beschwerden auf:  nur zu bestimmten Jahreszeiten  ganzjährig  sporadisch  
 Wann zuerst? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ Wann zuletzt? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ

Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle bereits genannten allergischen Beschwerden.

**Gegen welche Stoffe besteht eine Allergie?** (Wenn vorhanden, bitte eine Kopie des Allergiepasses beilegen)

- Insektenstiche  Hausstaub  Tierhaare  Medikamente / Arzneimittel  
 Pollen / Gräser  Schimmelpilze  Nahrungsmittel  
 sonstige Stoffe: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie noch weitere Beschwerden wegen allergischer Reaktionen?**  ja  nein

Falls ja: Welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Behandlung allergischer Beschwerden

**Sind oder waren Sie wegen allergischer Symptome in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

Falls ja: Wann zuerst? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ Wann zuletzt? \_\_\_ / \_\_\_\_\_ MM/JJJJ

**War wegen einer Allergie jemals eine stationäre Behandlung von mehr als 3 Tagen Dauer nötig?**  ja  nein

**Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen allergische Beschwerden ein?**  ja  nein

Falls ja:	Medikament	Dosis	täglich	nach Bedarf	nur saisonal	eingekommen seit	bis
Welche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / _____	___ / _____

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Allergien**

Wie lange ist die durchschnittliche Dauer der Medikamententherapie pro Jahr? \_\_\_\_\_ Wochen  
 Welche Medikamente werden oder wurden bei akuten Beschwerden eingenommen? In welcher Dosis?

**Wurde bei Ihnen eine Hypo- oder Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt?**  ja  nein  
 Falls ja: Wann und mit welchem Ergebnis?

**Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?**  ja  nein  
 Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt  
 Welche Maßnahmen, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

**Auswirkungen allergischer Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Treten oder traten allergische Beschwerden bei der Ausübung Ihres Berufes auf?**  ja  nein  
**Waren Sie wegen allergischer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?**  ja  nein  
 Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)  
 Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert?

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen allergischer Beschwerden angeraten?**  ja  nein  
 Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein

**Leiden oder litten Sie unter einer anerkannten Berufskrankheit?**  ja  nein  
 Falls ja: Bitte eine Kopie des Bescheids beifügen

**Nikotinkonsum**

**Konsumieren Sie Tabak?**  ja  nein  
 Falls ja: Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos? \_\_\_\_\_ Stück  
 Wie hoch ist Ihr täglicher Konsum von Pfeifen-, Kau- oder Schnupftabak? \_\_\_\_\_ Gramm  
**Konsumieren Sie Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder Shisha?**  ja  nein  
 Falls ja: In welchen Mengen? \_\_\_\_\_ Stück pro Tag

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden Ärzte in Anspruch genommen?**  ja  nein  
 Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

**zusätzliche Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_

PESVA01682