

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



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 Atemwegserkrankungen

Beschreibung der Atemwegsbeschwerden

Unter welchen Beschwerden der Atemwege leiden oder litten Sie?

(Falls bekannt, bitte die Diagnose(n) des Arztes angeben)

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten? ja nein

Falls ja: Wie häufig sind Beschwerden aufgetreten? _____ Mal

Wie lange haben die Beschwerden jeweils angedauert?

Wie häufig treten die Atemwegsbeschwerden (oder Asthmaanfälle) tagsüber auf? _____ Mal pro Woche

Wie oft treten die Beschwerden nachts auf? nie gelegentlich häufig

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? _____ / _____ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden zum letzten Mal aufgetreten? _____ / _____ MM/JJJJ

Welche Folgen oder Beschwerden bestehen aktuell? keine

Hatten Sie einen Asthmaanfall? ja nein

Falls ja: Wann ist Ihr letzter Asthmaanfall aufgetreten? _____ / _____ MM/JJJJ

Leiden Sie unter überwiegend allergischen Atembeschwerden oder werden Ihre Atemwegsbeschwerden durch Allergie auslösende Stoffe in der Umwelt hervorgerufen? (z. B. extrinsisches Asthma) ja nein

Falls ja: Gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

Ist Ihnen eine andere Ursache (außer Allergie) für Ihr Asthma bekannt? (bspw. berufliche Belastung) ja nein

Falls ja: Welche?

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung? ja nein

Behandlung der Atemwegsbeschwerden

Waren Sie wegen Atemwegsbeschwerden in ärztlicher Behandlung? ja nein

Falls ja: Wann zuerst? _____ / _____ MM/JJJJ Wann zuletzt? _____ / _____ MM/JJJJ

Haben Sie sich wegen Atemwegsbeschwerden in den letzten 10 Jahren in stationäre Behandlung begeben? ja nein

Falls ja: Wie lange wurden Sie stationär aufgenommen? _____ Kalendertage

Welche Therapie wird oder wurde durchgeführt, um das Asthma zu behandeln?

- keine Therapie ausschließlich Dosieraerosol (Asthmaspray)
 Dosieraerosol und Tabletten ausschließlich Tabletten
 sonstige Therapie: _____

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Atemwegserkrankungen ein? ja nein

Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	mehrmals täglich	täglich	gele- gentlich	eingeno- mmen seit	bis
_____	_____	_____	<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"/>	____/____	____/____

PESVA01683

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Atemwegserkrankungen

Wurde Ihnen eine Behandlung mit einer Kombination aus mehreren Asthmasprays ärztlich verordnet? ja nein

Welche Medikamente werden oder wurden bei akuten Beschwerden eingenommen? In welcher Dosis?

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 der Atemwegsbeschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Waren Sie wegen asthmatischer Beschwerden arbeitsunfähig? ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert?

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Atemwegsbeschwerden angeraten? ja nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein

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, Shisha, E-Zigarren oder E-Pfeifen? 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
