

## Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann besteht die Allergie?

Monat      Jahr

Welche allergieauslösenden Ursachen sind bekannt?

- Hausstaub     Insektenstich     Tierhaare     Schimmelpilzsporen  
 Pollen von Gräsern, Bäume, Getreide  
 Kosmetika, Metalle, Medikamente, Farbstoffe, Chemikalien  
 Nahrungsmittel, ggf. welche?

Sonstige Ursachen:

Welche Beschwerden (Symptome) treten/traten auf?

- Schwellungen     Hautausschläge, Hautjucken  
 Schockzustand     Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe  
 Kopfschmerzen     Erschwertes Atmen (bitte auch den Asthmafragebogen ausfüllen)  
 Niesanfälle, Augentränen, Augen- und Rachenjucken

Sonstige Beschwerden:

Ist die Allergie jahreszeitabhängig?

- ja     nein

Falls ja, in welchem Zeitraum tritt sie auf?

von      bis                      von      bis                      von      bis  
         

Wurde ein Allergiepass ausgestellt? (bitte Fotokopie beifügen)

- ja     nein

Welche Therapie wurde bisher durchgeführt?

- Akupunktur     Medikamente  
 Spritzen       De-/Hypo-sensibilisierung     Diät  
 Inhalation     stationäre Heilbehandlung     Bestrahlungen

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Sonstige Therapien:

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

- ja     nein

Falls ja, seit wann?

Monat      Jahr

Sind weitere Untersuchungen (z.B. Allergietest) oder Behandlungen (z.B. Hyposensibilisierung) angeraten oder geplant?

- ja     nein

Falls ja, welche?

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person