

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann besteht das Asthma?

Monat Jahr

Wie oft und in welchen Abständen treten die Asthma-Anfälle auf?

Durch welche Umstände werden die Anfälle ausgelöst?

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Bestehen oder bestanden Herzbeschwerden?

ja nein

Falls ja, wie machen sie sich bemerkbar?

Bestand wegen der Asthmaerkrankung eine Arbeitsunfähigkeit?

ja nein

Falls ja, wann und wie lange?

Monat Jahr von bis

Wann fand die letzte Behandlung statt?

Monat Jahr

Seit wann besteht Beschwerdefreiheit?

Monat Jahr

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?

ja nein

Falls ja, wann und wie lange? (Bitte KH-Entlassungsbericht beifügen)

von bis

War ein Kuraufenthalt erforderlich?

ja nein

Falls ja, wann und wie lange? (Bitte den Kurbericht beifügen)

von bis

Ist eine Kur oder Klimakur vom Arzt angeraten oder geplant?

ja nein

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