

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Allergie liegt bei Ihnen vor?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Pollen (z. B. Gräser, Getreide, Bäume)
- Tierhaare (z. B. Katze, Hund, Pferd)
- Hausstaub / Milben
- Nahrungsmittel (z. B. Erdnuss, Hühnerei, Kuhmilch)
- Insektengift (z. B. Bienen, Wespen)
- Medikamente (z. B. Aspirin, Penicillin)
- andere (z. B. Kosmetika, Schimmelpilze, Sonnenallergie, Chemikalien)
welche _____

Ich habe keine Allergie

2. Welche Beschwerden treten bei Ihnen auf?

(Mehrfachnennungen möglich)

- juckende und gerötete Augen
- fließende oder verstopfte Nase und häufiges Niesen
- Schwierigkeiten bei der Atmung / Verengung der Atemwege (z. B. Asthma)
- Hautausschlag, Juckreiz (z. B. Ekzem), falls ja, bitte auch den Fragebogen "Hauterkrankungen" ausfüllen
- Kreislaufzusammenbruch / allergischer Schock
- andere Beschwerden (z. B. Kopfschmerz, Erschöpfung, Durchfall)
welche _____

3. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

- bei Kontakt mit dem Auslöser der Allergie (z. B. bestimmte Nahrung, Kontakt mit Tieren oder Chemikalien)
- während des Pollenflugs, insgesamt _____ Monate im Jahr
- ganzjährig / unabhängig von der Jahreszeit

Bei Angabe von Atembeschwerden oder Asthma beantworten Sie bitte zusätzlich die nachfolgenden Fragen Nr. 4 - 8.

Ansonsten fahren Sie bitte fort bei Frage Nr. 9.

4. Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten tagsüber Atembeschwerden oder Asthmaanfälle?

- nur in bestimmten Situationen (z. B. starke körperliche Anstrengung, Kälte oder Kontakt mit Tierhaaren)
Bitte beschreiben Sie die Situation und wie häufig dies auftritt: _____
- in unterschiedlichen Situationen und
 - höchstens 1x in der Woche
 - mehrfach in der Woche
 - jeden Tag
 - keine Atembeschwerden oder Asthmaanfälle in den letzten 12 Monaten

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

5. Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten aus dem Schlaf heraus Atembeschwerden oder Asthmaanfälle?

- nachts treten keine Atembeschwerden oder Asthmaanfälle auf
 bis zu 2x in der Woche
 mehr als 2x in der Woche

6. Bestehen andere chronische Lungenerkrankungen (z. B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem)?

- ja, welche _____
 nein

7. Rauchen Sie?

- ja, Zigaretten pro Tag _____
 ja, Sonstiges pro Tag _____
(z. B. Zigarren, E-Zigaretten, Shisha)
 nein, habe nie geraucht
 nein, nicht mehr seit _____

8. Welche Medikamente wurden aufgrund der Atembeschwerden / Asthma verschrieben? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine Medikamente
 Asthmaspray, welches ich (zeitweise) bei mir trage, falls ich Atemnot bekomme
 Asthmaspray, welches ich täglich (z. B. immer morgens und / oder abends) anwende
 Tabletten, die ich für mehr als 8 Wochen im Jahr einnehmen muss (z. B. Kortison-tabletten)
 Ich habe andere Medikamente (z. B. Spritzen) verabreicht bekommen oder eingenommen welche _____

9. Welche Medikamente wurden aufgrund von Allergien verschrieben? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine Medikamente
 Augentropfen und / oder Nasensprays
 Tabletten, welche _____
 Salben oder Cremes; falls ja, bitte auch den Fragebogen "Hauterkrankungen" ausfüllen
 Asthmasprays; falls ja, bitte die Fragen 4 - 8 beantworten
 Notfallset (Adrenalin-Pen)

10. Mussten Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Notarzt rufen und / oder als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen werden?

(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen)

- Notarzt, aber keine Einweisung in ein Krankenhaus
 Krankenhaus, aber ich wurde **nicht** an ein Beatmungsgerät angeschlossen
 Krankenhaus, ich wurde an ein Beatmungsgerät angeschlossen
 nein

11. Wurde ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt aufgrund Ihrer Beschwerden durchgeführt, angeraten oder ist einer geplant?

(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen)

- ja, von _____ bis _____
von _____ bis _____
 nein

12. Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 1 Woche ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen?

- ja, einmalig von _____ bis _____
 ja, mehrmals
zuletzt von _____ bis _____
 nein

13. Welche Auswirkungen haben Ihre Beschwerden auf Ihren Beruf?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Die Beschwerden verschlechtern sich bei der Berufsausübung
 Ich kann (zeitweise) bestimmte Arbeitsschritte nicht oder nur eingeschränkt ausführen. Bitte machen Sie nähere Angaben:

 Ich muss (zeitweise) bestimmte Stoffe oder Materialien (z. B. Chemikalien, Seifen, Mehl) vermeiden
welche Stoffe / Materialien _____
 Ich habe einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vornehmen müssen
wann und weshalb _____
 Mir wurde ärztlicherseits ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel empfohlen
wann und weshalb _____
 Die Beschwerden haben keinen Einfluss auf die Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

14. Welchen Arzt / Behandler nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

16. Haben Sie Anmerkungen, die zur besseren Einschätzung Ihrer Erkrankung hilfreich sein können?

15. Wurde in den letzten 5 Jahren bei Ihnen eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt?
(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen)

- ja
 nein

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter