

Swiss Life AG  
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