

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Heuschnupfen/Pollenallergie	Tierhaarallergie	Hausstauballergie
Insektenstichallergie	Sonnenallergie	Medikamentenallergie
Kontaktallergie	Neurodermitis	Allergisches Asthma
Sonstige:		

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Haut:	Hautausschlag	Ekzeme
	Quaddelbildung	Urticaria/Nesselsucht
Augen und obere Atemwege:	Augenrötung/Augenjucken	Anschwellen der Schleimhäute
Tiefe Atemwege:	Atemnotgefühl	Bronchitis
Verdauungssystem:	Nahrungsmittelunverträglichkeit	Reizhusten
Kreislaufsystem:	Anaphylaktischer Schock	Verdauungsbeschwerden
	Kreislaufzusammenbruch	Allergischer Schock
		Quincke-Ödem
		Allgemeinreaktion nach Insektenstich
Sonstige:		

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

ganzjährig saisonal von: bis: ca. _____ mal im Jahr

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Bei welchen Gelegenheiten treten die o.g. Beschwerden auf?

Ständig	Berufsausübung	Zu Hause
Umgang mit Tieren	Bei körperlicher Anstrengung	
Bei anderen Tätigkeiten:		

5. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Medikamente/Salben: _____ von: bis:

In welcher Dosierung? täglich (_____ mal am Tag) saisonal von: bis: _____ mal im Jahr

6. Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt bzw. ist eine angeraten oder geplant?

Ja | von: bis: Ergebnis? mit Erfolg ohne Erfolg Nein

7. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

Ja | wann? Welche? _____ Nein

8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

B

9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

10. Konsumieren oder konsumierten Sie Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z. B. E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife)?

Ja | seit wann?

Bei Ex-Rauchern | bis wann?

Nein

Was?

Wie viel pro Tag?

11. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul oder studierunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

12. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

13. Haben Sie beruflich Kontakt mit Stoffen, gegen die Sie allergisch sind?

Ja | welche?

Nein

14. Benutzen Sie Hilfsmittel (z. B. Handschuhe, Atemschutzmasken)?

Ja | welche?

Nein

15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel auf medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person