

A

| | |
|------------------------|------------|
| Zu versichernde Person | Geb.-Datum |
| Berufliche Tätigkeit | |

B

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

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Asthma bronchiale | Hyperreagibles Bronchialsystem | Chronische Bronchitis |
| Allergisches Asthma bronchiale | Berufsbedingtes Asthma | COPD |
| Lungenemphysem | Sonstige: | |

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

| | |
|---|--|
| Luftnot in Ruhe | Luftnot bei Belastung |
| Neigung zu Infekten der oberen Atemwege | Neigung zu Infekten der unteren Atemwege |
| Wiederkehrender Husten | Luftnot aus dem Schlaf heraus |
| Status asthmaticus: Wann: <input style="width: 50px;" type="text"/> | Wie lange? <input style="width: 50px;" type="text"/> |
| Sonstige: | |

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

Während des Tages: _____ mal pro Woche

Während der Nacht: Keine gelegentlich (bis zu zweimal pro Woche) häufig (mehr als zweimal pro Woche)

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Dosieraerosol (Asthmaspray) Kortisontabletten

Andere Medikamente von: bis:

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

5. Wie lautet das Ergebnis Ihrer letzten Lungenfunktionsprüfung?

FEV1 oder Peak-Flow: >= 80% des Sollwertes 60 – 80% des Sollwertes < 60% des Sollwertes

6. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

Ja | wann? Welche? _____ Nein

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

| | |
|---|---|
| Name: _____ | Name: _____ |
| Anschrift: _____ | Anschrift: _____ |
| Behandlungszeitraum von: <input style="width: 50px;" type="text"/> bis: <input style="width: 50px;" type="text"/> | Behandlungszeitraum von: <input style="width: 50px;" type="text"/> bis: <input style="width: 50px;" type="text"/> |

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

Ja | wann: Wie lange? _____ Nein

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

(Bitte Befund beifügen)

B

9. 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?

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

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

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

Ja | zu welchen?

Nein

12. Sind Sie in Ihrem Beruf Reizstoffen ausgesetzt (z.B. chemische Stoffe, Stäube, Gase)?

Ja | welchen?

Nein

13. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person