

Selbstauskunft: Allergie & Asthma

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person

Geb.-Datum

Weiterleitung an Gesellschaft(en)

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen/Pollenallergie | <input type="checkbox"/> Hausstaubmilbenallergie | <input type="checkbox"/> Tierhaarallergie |
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale | <input type="checkbox"/> Kontaktallergie |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelallergie | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

2. Wogegen sind Sie allergisch?

3. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?

 (MM/JJJJ)

4. Welche Besswerden treten auf?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Augenjucken | <input type="checkbox"/> Naselaufen | <input type="checkbox"/> Niesanfälle | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge/Hautreizungen <input type="checkbox"/> an welchen Stellen/Größe: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

5. Wie oft treten die Beschwerden auf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ganzjährig | <input type="checkbox"/> ca. _____ Mal im Jahr (z.B. bei Kontakt) |
| <input type="checkbox"/> zur Blütezeit von _____ bis _____ | |

6. Nur bei Asthma zu beantworten:

 Anzahl der Anfälle: _____ pro Tag pro Monat pro Jahr

 Wann war der letzte Anfall: Anlass: _____

7. Welche(s) Medikament(e)/Spray(s) wird/werden genommen?

 Dosierung: täglich (_____ x/Tag) ganzjährig nur Blütezeit ca. _____ x/Jahr

8. Ist eine Desensibilisierung durchgeführt worden?

 Ja | von: _____ bis: _____ Nein

9. Ist eine Desensibilisierung angedenkt/geplant/wird gerade durchgeführt?

 Ja | von: _____ bis: _____ Nein

10. Fanden ambulante Behandlungen statt?

 Ja | von: _____ bis: _____ Nein

11. Wurde eine stationäre Behandlung durchgeführt/angeraten?

 Ja | von: _____ bis: _____ Nein

12. Wurde ein Heilverfahren oder eine Kur durchgeführt/angeraten?

 Ja | von: _____ bis: _____ Nein

13. Besteht Behandlungsfreiheit?

 Ja | seit: _____ Nein

14. Besteht Beschwerdefreiheit?

 Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift