

**Medizinische Selbstauskunft**  
über allergische Erkrankungen

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen** \_\_\_\_\_

1. Welche Allergien bestehen / bestanden oder werden vermutet?

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden / Krankheitsbilder traten / treten auf?

**Beschwerdezeiten / Krankheitszeiten ganzjährig ?**

	von (Monat/ Jahr)	bis (Monat/ Jahr)	ja
<input type="checkbox"/> Asthma/asthmatische Beschwerden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reizhusten/häufiger Husten/Bronchitis	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hautekzeme/Neurodermitis	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heu-/Stockschnupfen, Augen-/Nasenjucken	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nesselsucht/Urticaria	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Milchschorf/Säuglingsekzem	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

3.a) Wann treten/traten diese Beschwerden auf?

- Hausarbeit                       Berufstätigkeit                       Umgang mit Tieren - welche? \_\_\_\_\_  
 bei körperlicher Tätigkeit     bei anderen Tätigkeiten - welche? \_\_\_\_\_  
 bei Genuß bestimmter Nahrungsmittel - welche? \_\_\_\_\_  
 in der Natur - welche Jahreszeit? \_\_\_\_\_

3.b) Wann / wie oft treten/traten diese Beschwerden pro Jahr auf?

- während des ganzen Jahres     nur in bestimmten Monaten - welche? \_\_\_\_\_     unregelmäßig im Jahr  
 1 - 2 x  
 3 - 5 x  
 öfter als 5 x

3.c) Waren Sie länger als 2 Wochen arbeitsunfähig krankgeschrieben?

- nein                                       ja, wie oft? \_\_\_\_\_                      Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

4. Befinden Sie sich in regelmäßiger Behandlung oder Kontrolle?

- nein                                       ja, Name/Anschrift des Arztes  
 \_\_\_\_\_

Letzte Arztbesuche am: \_\_\_\_\_

Mitgl./Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

5. Wie wird/wurde Ihre Allergie behandelt?

- keine Behandlung
- Dosieraerosolspray      Präparat/Name: \_\_\_\_\_      Hübe am Tag: \_\_\_\_\_
- Kortison      Präparat/Name: \_\_\_\_\_      seit wann: \_\_\_\_\_
- Antiallergika / Tabletten      Präparat/Name: \_\_\_\_\_      Dosierung: \_\_\_\_\_
- Nasentropfen / -spray      Präparat/Name: \_\_\_\_\_
- Augentropfen      Präparat/Name: \_\_\_\_\_

Über welchen Zeitraum nehmen bzw. nahmen Sie die o. g. Medikamente ein? \_\_\_\_\_

- Desensibilisierung, wann?: \_\_\_\_\_
- mit Erfolg       ohne Erfolg
- Abbruch der Behandlung
- mit Nebenwirkungen, welche? \_\_\_\_\_

- 6. Wurde ein Allergietest durchgeführt?       nein       ja, welches Ergebnis? \_\_\_\_\_
- 7. Wurde ein Allergiepaß ausgestellt?       nein       ja, bitte Kopie beifügen.
- 8. Erfolgte eine stationäre Behandlung/Kur?       nein       ja, Name, Anschrift, Zeitraum?

- 
- 9. Ist eine Desensibilisierung vorgesehen?       nein       ja, wann? \_\_\_\_\_
  - 10. Sind Sie jetzt behandlungsfrei?       nein       ja, seit wann? \_\_\_\_\_
  - 10.1 wenn nein, Medikation, Name, Dosierung? \_\_\_\_\_
  - 11. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?       nein       ja, seit wann? \_\_\_\_\_
  - 12. Sind noch weitere Maßnahmen angeraten?       nein       ja, welche? \_\_\_\_\_
  - 12.1 Welcher Arzt kann Auskunft geben? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person