

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Allergien/ Unverträglichkeiten

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Was löst die allergischen Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus?
(ggf. auch Mehrfachnennungen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pollen (z. B. Gräser, Bäume) | <input type="checkbox"/> Metalle (z. B. Nickel, Chrom, Kobalt) |
| <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben, Schimmelpilze | <input type="checkbox"/> Kosmetika, Reinigungs-/ Desinfektionsmittel |
| <input type="checkbox"/> Tierhaare (z. B. Katzen, Pferde) | <input type="checkbox"/> Latex, Gummistoffe |
| <input type="checkbox"/> Insektengift (z. B. Bienen, Wespen) | <input type="checkbox"/> Arbeitsstoffe (z. B. Kunstharze, Lösemittel) |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Licht, Wärme, Kälte |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, -zusatzstoffe (z. B. Laktose, Gluten) | <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. multiple Chemikalien) Welche? _____ |

3. Wurde ein Allergiepass ausgestellt?

- nein ja, Kopie anbei

4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tränende/ juckende Augen | <input type="checkbox"/> Niesen, laufende Nase |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden, Asthma, Atemnot | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen | <input type="checkbox"/> Schockzustand |
| <input type="checkbox"/> Hautbeschwerden, Juckreiz | <input type="checkbox"/> Ausschlag, Quaddeln |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |

5. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

- ganzjährig saisonal von _____ bis _____ bei Kontakt (ca. _____ im Jahr)

6. Bei Hautbeschwerden/ Neurodermitis: Wo treten bzw. traten die Beschwerden auf?

- im Gesicht an den Händen am ganzen Körper sonstige: _____

7. Bei Atembeschwerden/ Asthma:

- Anzahl der Anfälle: _____ keine Anfälle pro Tag pro Monat pro Jahr

Wann war der letzte Anfall? _____ . _____ . _____

8. Wie wird/ wurde behandelt? Ist eine der genannten Behandlungen geplant oder empfohlen?

- keine Behandlung saisonal von _____ bis _____ Dauermedikation
- Allergietabletten Spray/ Dosieraerosol Spritzen
- Salbe Bestrahlung, Lichttherapie Hyposensibilisierung
- Diät Akupunktur sonstige: _____

D522222

9. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Hautarzt Lungenfacharzt Allergologe HNO-Arzt Heilpraktiker
- sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

10. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
- _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach §19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)