

ALTE OLDENBURGER  
Krankenversicherung AG  
Postfach 1363  
49362 Vechta

Vechta,  
Vorgangs-Nr.:  
**Selbstauskunft  
Allergieerkrankungen  
und Asthma**

**Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag**

<b>Antragsteller/Versicherungsnehmer:</b>		<b>Zu versichernde Person:</b>	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
<p><b>1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?</b></p> <input type="checkbox"/> Heuschnupfen/Pollenallergie <input type="checkbox"/> Kontaktallergie <input type="checkbox"/> Hausstaubmilbenallergie <input type="checkbox"/> Arzneimittelallergie <input type="checkbox"/> Tierhaarallergie <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<p><b>7. Welche(s) Medikament(e)/Spray(s) wird/werden genommen?</b></p> <p>_____</p> <p>Dosierung:    <input type="checkbox"/> täglich (____x/Tag)    <input type="checkbox"/> ganzjährig                            <input type="checkbox"/> nur zur Blütezeit            <input type="checkbox"/> ca. ____x/Jahr</p>	
<p><b>2. Wogegen sind Sie allergisch?</b></p> <p>_____</p>		<p><b>8. War eine Krankenhausbehandlung notwendig?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____	
<p><b>3. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?</b></p> <p>_____ (MM/JJJJ)</p>		<p><b>9. Wurden Kur- oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____	
<p><b>4. Welche Beschwerden treten auf?</b></p> <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: _____		<p><b>10. Ist eine Desensibilisierung durchgeführt worden?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____	
<p><b>5. Wie oft treten die Beschwerden auf?</b></p> <input type="checkbox"/> Ganzjährig <input type="checkbox"/> Bei Kontakt (ca. _____ Mal im Jahr) <input type="checkbox"/> Zur Blütezeit von _____ bis _____		<p><b>11. Ist eine Desensibilisierung angeraten/geplant?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____	
<p><b>6. Nur bei Asthma zu beantworten:</b></p> <p>Anzahl der Anfälle: _____ <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> pro Jahr          Wann war der letzte Anfall: _____:_____:_____         </p>		<p><b>12. Besteht Behandlungsfreiheit?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	
		<p><b>13. Besteht Beschwerdefreiheit?</b></p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____	

**Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte 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 des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre