



Asthma - Z 4

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Seit wann leiden Sie an Asthma? Seit _____
2. Wie oft treten die Anfälle (Atemnot) auf? _____ mal/Jahr
3. Wie lange dauern die Anfälle durchschnittlich? ca. _____ Minuten
4. Wann trat der letzte Anfall auf? Am: _____
5. Hatten Sie schon einmal einen Status asthmaticus? Nein
Wenn ja, wann zuletzt und wie oft insgesamt ? Ja, am: _____ Häufigkeit: _____
6. Wurde eine Allergietestung vorgenommen? Ja
 Nein
- Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt? Ja, gegen _____
 Nein
7. Fand eine Desensibilisierungsbehandlung statt? Ja, am: _____
 Nein
8. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Ja, von: _____ bis: _____
Wenn ja, wann? Welche? Dosierung? Nein
- Wenn ja: Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____
 Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____
9. Sind Sie unter Medikamenten völlig beschwerdefrei? Ja
 Nein
10. Rauchen Sie? Ja, seit: _____
 Nein
- Wenn ja, seit wann, wieviel täglich? Zigaretten: _____ Stück/Tag
 Sonstiges: _____ Stück/Tag

11. Wurde eine Lungenfunktionsprüfung vorgenommen? Nein
 Ja, am: _____

Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, Ergebnis lt. behandelndem Arzt? Ergebnis: eingeschränkte Funktion Nein
 Ja

Falls bekannt, teilen sie uns bitte auch die Messwerte mit: Vitalkapazität (VK): _____ (Liter oder %)
Ein-Sekunden-Wert (FEV 1): _____ (Liter oder %)
Sonstige: _____

12. Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? Nein
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, Ergebnis?) Ja, am: _____ Ergebnis: _____

13. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

14. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer? Nein
 Ja, einmal von: _____ bis: _____
 Ja, mehrmals

15. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. Grad der Behinderung ? oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt? Nein
 Ja, _____ % GdB/MdE

16. Zusätzliche Angaben (z. B. über berufliche Schadstoff- / Allergenexposition o. Ä.):

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.