

Atmungsorgane - Z 5



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?
(z. B. asthmatische Anfälle, Husten, Atemnot, Schmerzen, Auswurf, häufige Infekte mit Fieber usw.)

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

- Einmalig Von: _____ Bis: _____
- Wiederholt Seit wann? _____ Wann zuletzt? _____
- Dauernd Seit wann? _____

4. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

- nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: _____
- ja - Art der Folgen/Beschwerden: _____

5. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
 - Medikamente Von: _____ Bis: _____
 - Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____
 - Regelmäßig/ bei Bedarf mit _____
 - Operation durchgeführt Wann? _____ Welche? _____
- Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

Operation angeden

Wann? _____ Welche? _____

Name/Anschrift des behandelnden Arztes:

Sonstige Behandlung

Welche? _____

6. Liegt der/n Erkrankung(en) oder Beschwerden eine allergische Ursache zugrunde?

nein

ja - Bitte nähere Angaben _____

7. Fand dagegen eine Desensibilisierung statt?

ja, am _____

nein

Wenn ja, mit Erfolg?

ja

nein

8. Sind Sie beruflich Allergenen oder Schadstoffen ausgesetzt?

nein

ja - Welchen? _____

9. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. Grad der Behinderung? oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

nein

ja, _____ % GdB/MdE

10. Rauchen Sie?

ja, seit: _____

nein

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:
(bitte zutreffende Benennung ankreuzen)

Vitalkapazität (VK): _____ (Liter oder %)

Ein-Sekunden-Wert (FEV 1): _____ (Liter oder %)

Sonstige: _____

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

13. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer? nein
 ja, einmal von: _____ bis: _____
 ja, mehrmals

14. Zusätzliche Angaben

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.

Datum Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift des Antragstellers Z5