

Allergische Erkrankungen - Z 2

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus?

- | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <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"/> Tiere (z.B. Katzen, Vögel) | <input type="checkbox"/> Latex, Gummistoffe |
| <input type="checkbox"/> 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: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

2. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

- ab Geburt ab Kinder-/Jugendalter
 Jahr _____

2.1 Behandlungen/Beschwerden:

- Zeitlich begrenzt auf ____ Wochen pro Jahr
 Über das gesamte Jahr

2.2 Art der medikamentösen Behandlung:

- keine Nur bei Bedarf Dauermedikation mit
 Nasenspray /- tropfen /-salbe ohne / mit Kortison
 Antiallergische Tabletten Asthmatabletten
 Asthmaspray Kortisontabletten
Medikamentenname(n): _____

2.3. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

- ja, von _____ bis _____
 Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____
 Derzeit noch Beschwerden/
Medikamenteneinnahme

3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen:

3.1 sonstige Beschwerden

- nein, es liegen keine Beschwerden vor
 ja, wie folgt:
 Bindehautentzündung, Augenrötung/-brennen Heuschnupfen / allergische Rhinitis
 Niesen "Laufende" Nase Dauerschnupfen Sonstiges: _____

3.2 Beschwerden der Atemwege

- nein, es liegen keine Beschwerden der Atemwege vor
 ja, wie folgt:
 Asthma Atemnot/Reizung der Atemwege Asthmatische Bronchitis
 Hyperreagibles Bronchialsystem
 sonstige Erkrankungen der Atemwege (z.B. Staublunge, chronische Bronchitis, Lungenemphysem): _____

3.3 Beschwerden der Haut: nein, es liegen keine Beschwerden der Haut vor ja, wie folgt:

- Neurodermitis (endogenes Ekzem)
- Allergisches Kontaktekzem
(rissige, schuppige Haut, Juckreiz)
- Urticaria, Nesselsucht (Quaddeln)
- Arzneimittelexanthem
(Rötliche Hautveränderungen)
- Lichtdermatosen / Lichtreaktionen der Haut

- Lokal eng begrenzt - Anzahl der Herde: ____
- Flächig ausgebreitet
- Bestand in den letzten 5 Jahren eine Ausbreitungstendenz des Ekzems auf andere Körperregionen:
 - ja nein
 - von _____ bis _____
 - Einmalig Mehrfach
 - Behandlungs- und beschwerdefrei seit: ____
 - Derzeit noch in Behandlung
 - von _____ bis _____
 - Einmalig Mehrfach
 - Behandlungs- und beschwerdefrei seit: ____
 - Derzeit noch in Behandlung
 - von _____ bis _____
 - Einmalig Mehrfach
 - Behandlungs- und beschwerdefrei seit: ____
 - Derzeit noch in Behandlung
 - von _____ bis _____
 - Einmalig Mehrfach
 - Behandlungs- und beschwerdefrei seit: ____
 - Derzeit noch in Behandlung
 - von _____ bis _____
 - Einmalig Mehrfach
 - Behandlungs- und beschwerdefrei seit: ____
 - Derzeit noch in Behandlung

3.4. Weitere Allergien/Unverträglichkeiten:

- Insektengiftallergien
- Nahrungsmittelallergien
- Quincke-Ödem, anaphylaktischer Schock

nein, es liegen keine Beschwerden vor ja, wie folgt:
Hyposensibilisierung durchgeführt? ja nein
Mit Erfolg? ja nein
 Behandlungs- und beschwerdefrei seit: ____
 Derzeit noch in Behandlung
Die Beschwerden äußern sich wie folgt
(kurze Beschreibung) : _____
Wann zuletzt? _____

- 4. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig gewesen?
- 5. Rauchen Sie?
- 6. Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n) einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten?
- 7. Bei welchem Arzt / welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer allergischen Erkrankung(en) in Behandlung?

- Einmalig Mehrfach
- ja, von _____ bis _____
- nein
- nein ja
- nein
- ja, bitte nähere Angaben: _____
- Hausarzt Dermatologe;
- HNO-Arzt Lungenfacharzt;
- Name, Anschrift _____

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.