

## Fragebogen Allergien oder Hautkrankheiten

### Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

### Raucherverhalten (ist nur für den Gothaer Fähigkeitenschutz zu beantworten)

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)

Wenn ja. Was? \_\_\_\_\_

Wie viel täglich? \_\_\_\_\_

### Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen  | <input type="checkbox"/> allergische Hauterkrankung       | <input type="checkbox"/> Ekzem                  |
| <input type="checkbox"/> allergische Rhinitis  | <input type="checkbox"/> Neurodermitis/Atopisches Ekzem   | <input type="checkbox"/> Akne                   |
| <input type="checkbox"/> allergisches Asthma   | <input type="checkbox"/> Nesselsucht (Urtikaria)          | <input type="checkbox"/> Pseudoallergie         |
| <input type="checkbox"/> allergische Bronchitis  | <input type="checkbox"/> Wespen- oder Bienenstichallergie | <input type="checkbox"/> Dyshidrosiformes Ekzem |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie  | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis)      | <input type="checkbox"/> Muttermal gutartig     |
| <input type="checkbox"/> übererregbares (hyperreagibles) Bronchialsystem   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Melanom, Hautkrebserkrankung, Muttermal bösartig (dann bitte immer Fragebogen Tumore ausfüllen) |   |   |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Allergie oder Hautkrankheit (bitte diese hier angeben)               |   |   |

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

### Genauere medizinische Diagnose

**Beginn**  
(MM.JJJJ)

**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? Ggf. betroffene Hautbereiche?

\_\_\_\_\_

Bestehen **Folgen** der Erkrankung?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Genauere medizinische Diagnose****Beginn**  
(MM.JJJJ)**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)Wie oft bestanden die Beschwerden  
und welcher Art? Ggf. betroffene Hautbereiche?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bestehen **Folgen** der Erkrankung?  nein  ja, welche?**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Allergien**Welche **allergischen Beschwerden** sind aufgetreten?

- wiederkehrende Bronchitis  obere Atemwege (Nase, Nebenhöhlen)  an den Augen  
 asthmatische Beschwerden  untere Atemwege (Luftröhre, Bronchien)  an der Haut  
 an sonstigen Organen? Welche?

Wie lange bzw. in welchen Monaten des Jahres dauerten die Beschwerden an?

- ganzjährig  zeitweilig, in den folgenden Monaten

**Bei Asthma und Bronchitis**

Wie oft treten die Anfälle auf? Wie lange dauert ein Anfall allgemein?

- Erfolgte ein Allergietest?  nein  ja

**Datum** (MM.JJJJ)**Welche Allergien** wurden festgestellt?

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Haben Sie einen Allergiepass?

- nein  ja (Fotokopien ggf. beifügen)

Erfolgte eine Hypersensibilisierung?

- nein  ja

**Datum** (MM.JJJJ)Gegen **welche Stoffe/Allergien?**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Neurodermitis**Wurde **Neurodermitis** oder ein **atopisches Ekzem** festgestellt?  nein  ja**Datum** (MM.JJJJ)**Welche Behandlungen?**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Blut- und Laborwerte**Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt?  nein  ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum** (MM.JJJJ)

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Untersuchungen/  
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- |  |                             |                        |
|--|-----------------------------|------------------------|
| 1. Laboruntersuchungen   | 4. Bronchoskopie            | 7. Operation (Welche?) |
| 2. Lungenfunktionsuntersuchung   | 5. UVA oder PUVA Behandlung |                        |
| 3. Allergietestung   | 6. Gewebeentnahme (Biopsie) |                        |
| 8. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben) |                             |                        |

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)  
 \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

**Befund/Maßnahme**

\_\_\_\_\_

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)  
 \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

**Befund/Maßnahme**

\_\_\_\_\_

**Medikamente**

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_

**Einnahme Beginn** (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_

**Name des Medikaments** \_\_\_\_\_

**Einnahme Beginn** (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähig**

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja  
**Diagnose** Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

\_\_\_\_\_

**Notarztbehandlung**

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?

nein  ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben | | | | | | | | | |

Grund \_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren**

**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**  
 Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**?  
 Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

**Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt) | | | | | | | | | |

**Diagnose** \_\_\_\_\_

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt) | | | | | | | | | |

**Behandelnde Ärzte**

Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zusätzliche  
Angaben**

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**.  
Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

**alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben**

**es folgen noch Angaben**

**zusätzliche Angaben sind beigefügt**

**Anzahl Extrablätter** \_\_\_\_\_

**Schlusserklärung  
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen  
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)