

Fragebogen Atmungsorgane

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 Schlussklärung 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? _____

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens:

Wenn bei Ihnen **lediglich eine der in Teil 1 genannten Erkrankungen** der Atmungsorgane besteht bzw. bestand, so füllen Sie bitte **nur den Teil 1** des Fragebogens aus. Sofern Sie an einer anderen/weiteren Erkrankung der Atmungsorgane leiden bzw. litten, füllen Sie bitte **den Teil 2** aus.

Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen und beizufügen.

Teil 1 Krankheiten

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

- Spastische Bronchitis Allergisches Asthma Hyperreagibles Bronchialsystem
 Allergische Bronchitis Asthma Bronchiale

Wird oder wurde eine medikamentöse Therapie durchgeführt? Wenn ja, welche?

- Dauertherapie mittels Kortison-Tabletten Dosieraerosol Notfallspray Keine

Bei Verwendung eines Notfallsprays:

Haben Sie in den letzten 4 Wochen Ihr Notfallspray benutzen müssen?

- nein ja

**Teil 2
Krankheiten**

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

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Bronchiektasen | <input type="checkbox"/> Rippenfellentzündung (Pleuritis) | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung der Atemwege
(dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | <input type="checkbox"/> Sarkoidose (M. Boeck) | |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankung der Atmungsorgane. Welche? | | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren gleichzeitigen Erkrankungen (z. B. chronische Bronchitis und Schlafapnoe) bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

Genauere medizinische Diagnose

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

Genauere medizinische Diagnose

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden und welcher Art?

Liegt eine Krebserkrankung vor? nein ja

Bitte machen Sie ggf. weitere Angaben zum Tumorstadium, Grading und Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung (Histologie), soweit Ihnen diese bekannt sind.

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.

Blutdruckwerte

Welche **Blutdruckwerte** wurden bei Ihnen zuletzt gemessen?

_____ Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> systolisch	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastolisch
_____ Datum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> systolisch	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diastolisch

**Untersuchungen/
Behandlungen**

Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen der Atmungsorgane** bzw. sind diese geplant?

- | | |
|---|---|
| 1. Lungenfunktionsuntersuchung | 8. sonstige Röntgenuntersuchungen |
| 2. Allergietestung | 9. Computertomographie (CT) |
| 3. Bronchoskopie | 10. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 4. Ultraschalluntersuchung des Herzens | 11. Herzkatheteruntersuchung |
| 5. Ultraschalluntersuchung von Blutgefäßen | 12. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 6. Röntgenuntersuchung der Lungen | 13. Kernspintomographie (MRT) |
| 7. Röntgenuntersuchung der Lungenschlagadern | 14. Operation, welche? |

Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer **Befund/Maßnahme**

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)

Ziffer **Befund/Maßnahme**Datum **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)Sofern **Untersuchungen oder Behandlungen geplant** sindZiffer Datum **Unter welchen Umständen** soll die Untersuchung oder
(ggf. ungefährer Zeitpunkt) Behandlung erfolgen?**Medikamente**Welche **Medikamente** (Spray, Pulverinhalator, Tabletten, Spritzen usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments**

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
_____	_____	_____	_____

Name des Medikaments

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
_____	_____	_____	_____

ArbeitsunfähigkeitWaren Sie wegen der Atemwegserkrankung **arbeitsunfähig**? nein ja
Diagnose Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, Datum

Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**
Erfolgte deswegen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme** (Reha) oder **Kur**?**Diagnose** _____Datum **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Diagnose** _____Datum **Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)
(ggf. ungefährer Zeitpunkt)**Zusatzinformationen**Haben Sie zusätzliche Informationen beigefügt? nein ja**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)