MetallRente

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Allergie liegt bei Ihnen vor?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Pollen (z. B. Gräser, Getreide, Bäume)
- ☐ Tierhaare (z. B. Katze, Hund, Pferd)
- ☐ Hausstaub / Milben
- ☐ Nahrungsmittel (z. B. Erdnuss, Hühnerei, Kuhmilch)
- ☐ Insektengift (z. B. Bienen, Wespen)
- ☐ Medikamente (z. B. Aspirin, Penicillin)
- ☐ andere (z. B. Kosmetika, Schimmelpilze, Sonnenallergie, Chemikalien)
  welche _____
- ☐ Ich habe keine Allergie

2. Welche Beschwerden treten bei Ihnen auf?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ juckende und gerötete Augen
- ☐ fließende oder verstopfte Nase und häufiges Niesen
- ☐ Schwierigkeiten bei der Atmung / Verengung der Atemwege (z. B. Asthma)
- ☐ Hautausschlag, Juckreiz (z. B. Ekzem), falls ja, bitte auch den Fragebogen "Hauterkrankungen" ausfüllen
- ☐ Kreislaufzusammenbruch / allergischer Schock
- ☐ andere Beschwerden (z. B. Kopfschmerz, Erschöpfung, Durchfall)
  welche _____

3. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

- ☐ bei Kontakt mit dem Auslöser der Allergie (z. B. bestimmte Nahrung, Kontakt mit Tieren oder Chemikalien)
- ☐ während des Pollenflugs, insgesamt ____ Monate im Jahr
- ☐ ganzjährig / unabhängig von der Jahreszeit

Bei Angabe von Atembeschwerden oder Asthma beantworten Sie bitte zusätzlich die nachfolgenden Fragen Nr. 4 - 8.
Ansonsten fahren Sie bitte fort bei Frage Nr. 9.

4. Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten tagsüber Atembeschwerden oder Asthmaanfälle?

- ☐ nur in bestimmten Situationen (z. B. starke körperliche Anstrengung, Kälte oder Kontakt mit Tierhaaren)
  Bitte beschreiben Sie die Situation und wie häufig dies auftritt: _____
  _____
- ☐ in unterschiedlichen Situationen und
  - ☐ höchstens 1x in der Woche
  - ☐ mehrfach in der Woche
  - ☐ jeden Tag
  - ☐ keine Atembeschwerden oder Asthmaanfälle in den letzten 12 Monaten

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

5. Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten aus dem Schlaf heraus Atembeschwerden oder Asthmaanfälle?

- ☐ nachts treten keine Atembeschwerden oder Asthmaanfälle auf
- ☐ bis zu 2x in der Woche
- ☐ mehr als 2x in der Woche

6. Bestehen andere chronische Lungenerkrankungen (z. B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem)?

- ☐ ja, welche _____
- ☐ nein

7. Rauchen Sie?

- ☐ ja, Zigaretten pro Tag _____
- ☐ ja, Sonstiges pro Tag _____
  (z. B. Zigarren, E-Zigaretten, Shisha)
- ☐ nein, habe nie geraucht
- ☐ nein, nicht mehr seit _____

8. Welche Medikamente wurden aufgrund der Atembeschwerden / Asthma verschrieben?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ keine Medikamente
- ☐ Asthmaspray, welches ich (zeitweise) bei mir trage, falls ich Atemnot bekomme
- ☐ Asthmaspray, welches ich täglich (z. B. immer morgens und / oder abends) anwende
- ☐ Tabletten, die ich für mehr als 8 Wochen im Jahr einnehmen muss (z. B. Kortisontabletten)
- ☐ Ich habe andere Medikamente (z. B. Spritzen) verabreicht bekommen oder eingenommen welche _____

9. Welche Medikamente wurden aufgrund von Allergien verschrieben?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ keine Medikamente
- ☐ Augentropfen und / oder Nasensprays
- ☐ Tabletten, welche _____
- ☐ Salben oder Cremes; falls ja, bitte auch den Fragebogen "Hauterkrankungen" ausfüllen
- ☐ Asthmasprays; falls ja, bitte die Fragen 4 - 8 beantworten
- ☐ Notfallset (Adrenalin-Pen)

10. Mussten Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Notarzt rufen und / oder als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen werden?
(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen**)**

- ☐ Notarzt, aber keine Einweisung in ein Krankenhaus
- ☐ Krankenhaus, aber ich wurde **nicht** an ein Beatmungsgerät angeschlossen
- ☐ Krankenhaus, ich wurde an ein Beatmungsgerät angeschlossen
- ☐ nein

11. Wurde ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt aufgrund Ihrer Beschwerden durchgeführt, angeraten oder ist einer geplant?
(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen**)**

- ☐ ja, von _____ bis _____
  von _____ bis _____
- ☐ nein

12. Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 1 Woche ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen?

- ☐ ja, einmalig von _____ bis _____
- ☐ ja, mehrmals
  zuletzt von _____ bis _____
- ☐ nein

13. Welche Auswirkungen haben Ihre Beschwerden auf Ihren Beruf?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Die Beschwerden verschlechtern sich bei der Berufsausübung
- ☐ Ich kann (zeitweise) bestimmte Arbeitsschritte nicht oder nur eingeschränkt ausführen.
  Bitte machen Sie nähere Angaben:
  _____
- ☐ Ich muss (zeitweise) bestimmte Stoffe oder Materialien (z. B. Chemikalien, Seifen, Mehl) vermeiden
  welche Stoffe / Materialien _____
- ☐ Ich habe einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vornehmen müssen
  wann und weshalb _____
- ☐ Mir wurde ärztlicherseits ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel empfohlen
  wann und weshalb _____
- ☐ Die Beschwerden haben keinen Einfluss auf die Ausübung meiner beruflichen Tätigkeit

MetallRente

FRAGEBOGEN Allergie/Asthma
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

14. Welchen Arzt / Behandler nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

_____

_____

_____

15. Wurde in den letzten 5 Jahren bei Ihnen eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt?
(Wenn vorliegend, bitte Befundkopie beifügen**)**

☐ ja
☐ nein

16. Haben Sie Anmerkungen, die zur besseren Einschätzung Ihrer Erkrankung hilfreich sein können?

_____

_____

_____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

_____
Datum

_____
Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter