

Fragebogen (Allergie)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten bestehen oder bestanden?

☐ Pollen (z. B. Gräser, Bäume)

☐ Tierhaare

☐ Hausstaubmilben

☐ Nahrungsmittel (z.B. Laktoseintoleranz, Nüsse)

☐ Schimmelpilze

☐ Insektengifte (z.B. Bienen)

☐ Medikamente:

☐ Sonstiges (z. B. Metalle, Kosmetika, Chemikalien):

Welche?

Welche?

2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Krankheitserscheinungen?

☐ Asthma, Atemnot

☐ Heuschnupfen, Stockschnupfen, Augenjucken, Bindehautentzündung

☐ Durchfall und/oder Erbrechen

☐ Ekzem, Ausschlag, Rötung, Juckreiz

☐ Andere Überempfindlichkeitsreaktionen, anaphylaktischer Schock

Welche?

3. Wann treten die Beschwerden auf?

☐ Bei der Arbeit

☐ Bei anderen Tätigkeiten:

☐ Bei körperlicher Anstrengung

Welche?

☐ Hausarbeit

☐ Nachdem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel:

☐ Umgang mit Tieren

Welche?

4. Wie oft treten die Beschwerden auf?

☐ Einmalig, wann

☐ Wiederholt, wann zuletzt?

☐ Andauernd, seit wann?

☐ Saisonal

von

bis

Fragebogen (Allergie)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

5. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung behandelt?

☐ Keine Behandlung

☐ Medikament

Name des Medikaments /der Medikamente:

☐ Dauerhaft

von bis

☐ Bei Bedarf, wann?

☐ Desensibilisierung

von bis

Mit Erfolg?

☐ Andere, welche?

Gab es Krankenhaus- und/oder Kuraufenthalte? (bitte Entlassungsbericht beifügen)

☐ nein

☐ ja

Name des Krankenhauses

6. Weitere Untersuchung (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Ergotherapeut)

☐ nein

Name und Adresse des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

7. Sind Sie Raucher?

☐ nein

☐ ja

Anzahl/Art pro Tag?

Zigaretten

Zigarren

Pfeife

☐ Andere (z. B. E-Zigarette)

Welche?

8. Streben Sie aus gesundheitlichen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an oder wurde Ihnen ein solcher von einem Arzt empfohlen?

☐ nein

☐ ja

Fragebogen (Allergie)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

9. Beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und/oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht? (bitte entsprechende Bescheide beifügen)

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?

10. Bestand/besteht wegen der o.g. oder einer anderen Erkrankung innerhalb der letzten 5 Jahre eine Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit von mehr als zwei Wochen?

☐ nein

Diagnose?

von – bis

☐ ja