

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

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

1. **Bezeichnung der Krankheit?** (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Lungenentzündung, chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD))
Diagnose?

Art der Beschwerden? (z.B. Atemnot, Husten, Brustschmerzen, Schnarchen, Müdigkeit)

2. **Häufigkeit der Symptome?**

☐ Bei leichter körperlicher Anstrengung

☐ Tagsüber: ☐ ständig ☐ täglich ☐ weniger als 1x täglich

☐ Nachts: x pro Woche

☐ Seltener, genauer angeben

Wann traten die Symptome erstmals auf?

Erstmalig:

Zuletzt:

3. **Auslöser der Beschwerden?**

4. **Behandlungen und Untersuchungen?**

Medikamente

☐ nein ☐ Welche? ☐ Menge?

☐ ja

Wie oft? ☐ Bei Bedarf ☐ Bis zu 2x wöchentlich ☐ Täglich: mal

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

☐ nein ☐ Welche? ☐ Menge? ☐ Wie oft?

☐ ja

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

☐ nein

☐ ja

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

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

Krankenhausaufenthalt

Wie oft?

Wann?

Behandlung auf Intensivstation

Wie oft?

Wann?

Kuraufenthalt

Wie oft?

Wann?

Weitere Untersuchungen? (z. B. Lungenfunktionsprüfung, Peak-Flow-Messung, Allergietests, Labortests)

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

5. Ursachen der Beschwerden?

☐ angeborene Fehlbildungen oder genetische Defekte

☐ toxische Ursachen (z.B. Rauch, Dämpfe,)

☐ infektiöse Ursachen (z.B. bakterielle Infektionen, virale Infektionen wie SARS/Covid-19)

☐ allergische Ursachen (z.B. Pollen, Hausstaub, Schimmelpilze)

☐ Folgen von Verletzung

☐ andere Ursachen:

Sind Sie Raucher?

☐ nein

☐ ja, Anzahl/Art pro Tag?

Zigaretten

Zigarren

Pfeife

☐ Andere (z.B. E-Zigarette)

Welche?

6. Haben Sie Herz-Kreislauf-Beschwerden?

☐ nein

Wenn ja, worin bestehen diese?

☐ ja

7. Weitere Untersuchungen? (z. B. Ärzte, Psychologen, Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Ergotherapeut)

☐ nein

Name und Fachgebiet des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

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

8. Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein

☐ ja, einmalig

von – bis

☐ ja, mehrfach, zuletzt

von – bis

9. Arbeitsplatzwechsel?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

10. Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit?

☐ nein

Wann?

Wie lange?

☐ ja

Wegen welcher Krankheit?