

Fragebogen: Allergie

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Heuschnupfen/Pollenallergie	Tierhaarallergie	Hausstauballergie
Insektenstichallergie	Sonnenallergie	Medikamentenallergie
Kontaktallergie	Neurodermitis	Allergisches Asthma
Sonstige:		

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Haut:	Hautausschlag	Ekzeme
	Quaddelbildung	Urticaria/Nesselsucht
Augen und obere Atemwege:	Augenrötung/Augenjucken	Anschwellen der Schleimhäute
Tiefe Atemwege:	Atemnotgefühl	Bronchitis
Verdauungssystem:	Nahrungsmittelunverträglichkeit	Reizhusten
Kreislaufsystem:	Anaphylaktischer Schock	Verdauungsbeschwerden
	Kreislaufzusammenbruch	Allergischer Schock
		Quincke-Ödem
Sonstige:		Allgemeinreaktion nach Insektenstich

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

ganzjährig saisonal von: bis: ca. mal im Jahr

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Bei welchen Gelegenheiten treten die o.g. Beschwerden auf?

Ständig	Berufsausübung	Zu Hause
Umgang mit Tieren	Bei körperlicher Anstrengung	
Bei anderen Tätigkeiten:		

5. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Medikamente/Salben: von: bis:

In welcher Dosierung? täglich (mal am Tag) saisonal von: bis: mal im Jahr

6. Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt bzw. ist eine angeraten oder geplant?

Ja | von: bis: Ergebnis? mit Erfolg ohne Erfolg Nein

7. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

Ja | wann? Welche? Nein

8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

B

9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

10. Konsumieren oder konsumierten Sie Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z. B. E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife)?

Ja | seit wann?

Bei Ex-Rauchern | bis wann?

Nein

Was?

Wie viel pro Tag?

11. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

12. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

13. Haben Sie beruflich Kontakt mit Stoffen, gegen die Sie allergisch sind?

Ja | welche?

Nein

14. Benutzen Sie Hilfsmittel (z. B. Handschuhe, Atemschutzmasken)?

Ja | welche?

Nein

15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel auf medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person