

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)?

Asthma bronchiale	Hyperreagibles Bronchialsystem	Chronische Bronchitis
Allergisches Asthma bronchiale	Berufsbedingtes Asthma	COPD
Lungenemphysem	Sonstige:	

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

Luftnot in Ruhe	Luftnot bei Belastung
Neigung zu Infekten der oberen Atemwege	Neigung zu Infekten der unteren Atemwege
Wiederkehrender Husten	Luftnot aus dem Schlaf heraus
Status asthmaticus: Wann: <input type="text"/>	Wie lange?
Sonstige:	

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

Während des Tages: mal pro Woche

Während der Nacht: Keine gelegentlich (bis zu zweimal pro Woche) häufig (mehr als zweimal pro Woche)

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?

Keine Dosieraerosol (Asthmaspray) Kortisontabletten

Andere Medikamente von: bis:

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

5. Wie lautet das Ergebnis Ihrer letzten Lungenfunktionsprüfung?

FEV1 oder Peak-Flow: >= 80% des Sollwertes 60 – 80% des Sollwertes < 60% des Sollwertes

6. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

Ja | wann? Welche? Nein

7. 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"/>

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

Ja | wann: Wie lange? Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

B

9. 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?

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

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

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

Ja | zu welchen?

Nein

12. Sind Sie in Ihrem Beruf Reizstoffen ausgesetzt (z.B. chemische Stoffe, Stäube, Gase)?

Ja | welchen?

Nein

13. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person