

Selbstauskunft: Allergien

Name:

Geb.datum:

- 1.a) Welche Krankheitsbezeichnung nannte Ihnen der Behandler?
- b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (bitte Name u. Anschrift)
- c) Wie oft haben Sie deshalb in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?

2. a) Welche Beschwerden hatten Sie? (z.B. Hauterscheinungen, Magen-, Darmbeschwerden, Niesreiz etc.)
- b) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
- c) Wie häufig sind diese Beschwerden aufgetreten?

3. Welche Körperstellen sind in welchem Umfang/Größe betroffen?

Bestehen oder bestanden asthmatische Beschwerden?

ja

nein

Wurde eine Hypo- bzw. Desensibilisierung durchgeführt?

ja

nein

Wenn ja, mit welchem Erfolg?

Wenn nein, ist eine solche geplant oder angeraten?

ja

nein

4. a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?

- b) Sind Sie es jetzt noch?

ja

nein

- c) Waren Sie arbeits- bzw. dienstunfähig?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

5. War eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich?
Wo? (Name, Anschrift)

ja

Datum _____

nein

6. Wurden Sie operiert?

ja

Datum _____

nein

Welche Operation?

Mit welchem Erfolg?

Name:

Geb.datum:

Blatt -2- Selbstauskunft Allergien

7. a) Erhielten Sie Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, welche?

b) Nehmen Sie das Medikament noch?

ja

nein

Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen bzw. in welcher Dosierung?

c) Massagern, Krankengymnastik, Bestrahlungen, Bäder, Kuren?

ja

nein

Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten?

d) Injektionen

ja

nein

Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten?

e) Andere Behandlungen? (z.B. Psychotherapie, Spiegelungen usw.)

8. Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

Sofern noch Beschwerden bestehen - welcher Art sind diese?

9. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor?

ja

nein

Wenn ja, welche?

10. a) Weswegen waren Sie zum letzten Male beim Arzt/Heilpraktiker (Diagnose)?

b) Wann?

c) Was wurde festgestellt? (Diagnose?)

d) Name, Anschrift des Behandlers?

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben gefährden den Versicherungsschutz.
Mit einer Anfrage bei meinen Behandlern erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers