

# Selbstauskunft: Atmungsorgane

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 Mon. einen Behandler aufgesucht?

2. a) Welche Beschwerden hatten Sie?

b) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Kennen Sie die Ursache der Erkrankung?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Bestehen oder bestanden asthmatische Beschwerden?

ja

nein

Sind Sie Raucher?

ja

nein

Leiden oder litten Sie an .....?

Asthma bzw. allergischem Asthma?

ja

nein

Allergie?

ja

nein

Brochitis?

ja

nein

Heuschnupfen?

ja

nein

sonstige Atemwegserkrankungen

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?

ja

Datum \_\_\_\_\_

nein

Wo? (Name, Anschrift)

6. Wurden Sie operiert?

ja

Datum \_\_\_\_\_

nein

Welche Operation?

Mit welchem Erfolg?

Name:

Geb.datum:

Blatt -2- Selbstauskunft Atmungsorgane

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) Massagen, 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