

Fragebogen Allergische Erkrankungen

Versicherungs-Nr.: Zu versichernde Person:		Bitte zurücksenden an: Hannoversche Lebensversicherung AG 30177 Hannover	
BAS 8176			
1. Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?	<input type="checkbox"/> Hausstaub/Hausstaubmilbe <input type="checkbox"/> Gräser/Pollen <input type="checkbox"/> Sonstige Stoffe (z.B. Metalle, Chemikalien, Nahrungsmittel) Welche?	<input type="checkbox"/> Arzneimittel <input type="checkbox"/> Insektengift	
2. Wie äußert sich die Allergie? Welche Symptome/Beschwerden treten auf?	<input type="checkbox"/> Niesen/Schnupfen/Augenrötung <input type="checkbox"/> Reizung der Atemwege/Atembeschwerden <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Hautjucken/Hautausschlag	
3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?			
4. Wie lange dauern/dauerten die Beschwerden und wie oft treten/traten sie auf?	Beschwerdehäufigkeit: <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig Beschwerdezeitraum pro Jahr: <input type="checkbox"/> bis zu einer Woche <input type="checkbox"/> bis zu einem Monat <input type="checkbox"/> 2–3 Monate <input type="checkbox"/> größer 4 Monate <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
5. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?			
6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Falls ja, wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
7. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie deswegen?	<input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> dauernd zuletzt (Monat, Jahr): <hr/> <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> dauernd zuletzt (Monat, Jahr): <hr/> <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> dauernd zuletzt (Monat, Jahr):		
8. Wurde eine Lungenfunktionsprüfung vorgenommen? Falls ja, wann zuletzt (Monat, Jahr)? Wurde dabei eine Einschränkung der Lungenfunktion festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> mittel

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort · Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------------	--