



# Selbstauskunft Atemwegserkrankungen

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Behandelt wegen

1. Wie wurde die Erkrankung vom Arzt genau bezeichnet ?  Mehrfachnennung möglich	<input type="checkbox"/> allergisches Asthma <input type="checkbox"/> Anstrengungs-/ Belastungsasthma <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> (chronische) Bronchitis <input type="checkbox"/> bronchiale Hyperreagibilität <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Krupphusten <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Tuberkulose
2. Art und Auslöser der Beschwerden?  Mehrfachnennung möglich	<input type="checkbox"/> asthmatische Anfälle <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Auswurf <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Heiserkeit <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> häufige Infekte
3. asthmatischen Beschwerden? a) wie oft treten diese auf (Jahreszeit, Anfallsweise?) b) bei welchen Gelegenheiten z.B. Kontakt mit Allergenen, körperliche Belastung, Witterungsbedingung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Wann trat/ traten die Erkrankung/ Beschwerden erst- und wann letztmalig auf?	erstmalig	letztmals
5. Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?  bitte Behandlungszeiträume im jeweiligen grauen Kästchen mit vermerken	<input type="checkbox"/> Allergietest <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung <input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Behandlungszeitraum " " " " " " " " " "
6. Medikamentöse Behandlung? bitte Name, Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikaments angeben		
7. Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung?  bitte alle Behandlungszeiträume angeben	<input type="checkbox"/> kontinuierlich - Behandlungszeitraum, seit wann <input type="checkbox"/> bedarfsweise - bitte geben Sie die Behandlungszeiträume an	" " " " " "
8. Besteht Beschwerdefreiheit ?  besteht Behandlungsfreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> ja, seit
9. Ist die Erkrankung ausgeheilt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein, welche Behandlung ist angeraten/ geplant	
10. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben? Bitte Art des Arztes, mit Name + Anschrift		

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)