

Zusatzklärung: Chronische Bronchitis (COPD), Asthma bronchiale

Zu versichernde Person

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

1. Wie lautet die genaue Diagnose?

2. Leiden Sie an Asthma bronchiale?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann leiden Sie an Asthma bronchiale?

Wie oft treten Asthma Anfälle auf?

Wie oft haben diese Anfälle akute ärztliche
Behandlung erfordert?

Leiden Sie an COPD?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann leiden Sie an COPD?

3. Schweregrad der angegebenen Erkrankung: Schweregrad Asthma

I	☐ wiederkehrend
II	☐ geringgradig
II	☐ mittelgradig
IV	☐ schwergradig

Schweregrad COPD

I	☐ leichtgradig
II	☐ mittelgradig
II	☐ schwere
IV	☐ sehr schwere

4. Stationäre Krankenhausaufenthalte? Wann und wo?

☐ Ja ☐ Nein

Datum: _____ Ort: _____

Rehabilitationsleistungen? Wann und wo?

☐ Ja ☐ Nein

Datum: _____ Ort: _____

5. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch ein? Name und Dosis?

6. Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm (DMP) teil?

Falls ja, seit wann und bei welchem Arzt?

☐ Ja ☐ Nein

Datum: _____ Arzt: _____

7. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie jetzt noch? Bitte Name und Anschrift angeben:

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?

8. Sind oder waren Sie Tabakkonsument?

☐ Ja ☐ Nein

von: _____ bis: _____

Durchschnittliche Anzahl ☐ Zigaretten, ☐ Zigarren, ☐ Pfeifen täglich: _____

Wichtiger Hinweis:

Falsche oder unvollständige Angaben zu den o. g. Fragen können uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers, möglicherweise auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person