

Zusatzerklärung: Chronische Bronchitis (COPD), Asthma bronchiale

Zu versichernde Person

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße und Hausnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Falsche oder unvollständige Angaben zu den folgenden 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.

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?

3. **Stationäre Krankenhausaufenthalte?**

Ja Nein

Wann und wo?

Rehabilitationsleistungen?

Ja Nein

Wann und wo?

Was ergab die PEAK-Flow-Messung (PEF)?

Angabe in Prozent vom Soll:

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

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

Ja Nein

Falls ja, seit wann und bei welchem Arzt?

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

Wegen welcher Erkrankung? Wann und wie lange?