

# Fragebogen Nahrungsmittelunverträglichkeit



<b>Zusaterklärung zum Antrag vom</b>	
<b>Antragsteller</b>	
<b>Zu versichernde Person</b> (wenn nicht Antragsteller)	

## Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von ..... zuletzt .....
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? <b>Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja, von..... bis ..... <input type="checkbox"/> nein
Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Präparat:..... Dosierung:.....
7. Unter welchen Beschwerden leiden/ litten Sie?	
8. Wie oft und in welchem Zeitraum kommt es zu Beschwerden?	

# Fragebogen Nahrungsmittelunverträglichkeit



<p>9. Welche Maßnahme werden/ wurden angewandt oder wurden empfohlen?</p>	
<p>10. An welcher(n) Erkrankung(en) leiden bzw. litten Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit/ Zöliakie</p> <p><input type="checkbox"/> Fruchtzuckerunverträglichkeit/ Fructoseintoleranz</p> <p><input type="checkbox"/> Lactoseunverträglichkeit/ Lactoseintoleranz</p> <p><input type="checkbox"/> Histaminunverträglichkeit/ Histaminintoleranz</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Nahrungsmittel (z.B. Fisch, Zitrusfrüchte): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Nahrungsmittelzusatzstoffe (z.B. Sorbit, Glutamat): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: .....</p>
<p>11. Welche Beschwerden/ Symptome lagen bei Ihnen vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden/ Schwindel</p> <p><input type="checkbox"/> Schwellungen in Mund/ Nase/ Rachenraum</p> <p><input type="checkbox"/> Zungenbrennen/ Schluckstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Hustenreiz</p> <p><input type="checkbox"/> Atemnot</p> <p><input type="checkbox"/> Übelkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Bauchschmerzen/-krämpfe</p> <p><input type="checkbox"/> Blähungen</p> <p><input type="checkbox"/> Verstopfung</p> <p><input type="checkbox"/> Durchfall</p> <p><input type="checkbox"/> Juckreiz</p> <p><input type="checkbox"/> Haurötungen    (<input type="checkbox"/> Gesicht / <input type="checkbox"/> Hals / <input type="checkbox"/> Stamm)</p> <p><input type="checkbox"/> Nesselsucht/ Urtikaria</p> <p><input type="checkbox"/> allergischer Schock</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:.....</p>

# Fragebogen Nahrungsmittelunverträglichkeit



12. Wurden spezielle Untersuchungen/ Tests durchgeführt? (z.B.:Laktose-Toleranztest)  <b>Wenn ja, wann, Ergebnis?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
13. Wie und an welchen Körperstellen haben sich die Beschwerden geäußert?	
14. Gab es eine Desensibilisierung oder ist eine geplant?  <b>Wann? (Monat/Jahr)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Sind weitere Allergien/ allergische Reaktionen bekannt? <b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Rauchen Sie? <b>Wenn ja, wieviel?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? <b>Wenn nein, warum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? <b>Wenn ja, wann, Dauer?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  von ..... bis .....

**Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.**

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt  Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

**Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!**

**Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers