

## Zusatzerklärung: 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

III  mittelgradig

IV  schwergradig

Schweregrad

COPD

I  leichtgradig

II  mittelgradig

III  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