

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">FD</p>				/	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 0;">Vers.-Nr.</p>										

**Ergänzungsfragebogen zu den Gesundheitsangaben It. Antrag vom:
bei Bestehen von Allergien und/oder Hauterkrankungen.**

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Fragen:	Bitte Antwort ankreuzen und ergänzen:
<p>1. Gegen welche Stoffe besteht eine Allergie? (Bitte ggf. auch Allergiepaß in Kopie beifügen).</p>	<p><input type="checkbox"/> Pollen (Gräser, Kräuter, Bäume)</p> <p><input type="checkbox"/> Hausstaub (Milben)</p> <p><input type="checkbox"/> Schimmelpilze</p> <p><input type="checkbox"/> Tierhaare; welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente, Nahrungsmittel, berufliche oder sonstige Stoffe, welche?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. a) Wurde/wird eine Desensibilisierung durchgeführt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?</p> <p>- Bitte teilen Sie uns die voraussichtlichen Kosten einschließlich des Honorars und der Medikamentenkosten mit</p> <p>b) Ist eine Wiederholung vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, über welchen Zeitraum? _____ Jahre</p> <p style="padding-left: 40px;">von: _____ bis: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____</p>
<p>3. Besteht oder bestand eine Beteiligung</p> <p>a) der Atemwege oder Bronchien?</p> <p>b) der Augen?</p> <p>c) des Darms?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> Asthma</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> spastische, asthmatische Bronchitis</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Heuschnupfen</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> allergische Rhinitis, Fließschnupfen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>4. Bestehen Hauterkrankungen/Hauterscheinungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopisches Ekzem, endogenes Ekzem, Milchschorf</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Schuppenflechte, Psoriasis</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Kontaktekzem</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Urtikaria, Nesselsucht, Quaddelsucht</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Sonstige; welche? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

VE 010 07.07 341

--	--	--

FD

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

Vers.-Nr.

Name, Vorname: _____ geb.: _____

<p>5. a) Welche Körperstellen sind / waren betroffen?</p> <p>b) Wie groß sind / waren die betroffenen Körperstellen?</p> <p>c) Fanden bereits stationäre Behandlungen und / oder Kuren statt?</p> <p>d) Fanden ambulante Behandlungen / Therapien statt?</p>	<p><input type="checkbox"/> gesamter Körper (generalisiert) <input type="checkbox"/> Kopf</p> <p><input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Kniegelenke</p> <p><input type="checkbox"/> Ellenbogen</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Körperstellen, welche? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> mit innerer Gelenkbeteiligung (Psoriasis arthropathica)</p> <p><input type="checkbox"/> Größe bis 30 mm Durchmesser <input type="checkbox"/> größer als 30 mm Durchmesser</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. a.) Werden / wurden Medikamente eingenommen?</p> <p>b.) Über welchen Zeitraum?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p style="text-align: right;">Dosierung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> saisonal</p> <p>von Monat _____ bis Monat _____</p>
<p>7. Rauchen Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel? _____ seit _____ Jahren</p>

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben.

_____ den _____ Unterschrift des Antragstellers