



Selbstauskunft Atemwegserkrankungen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort	

Behandelt wegen

1. Wie wurde die Erkrankung vom Arzt genau bezeichnet ? Mehrfachnennung möglich	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> allergisches Asthma</td> <td><input type="checkbox"/> COPD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anstrengungs-/ Belastungsasthma</td> <td><input type="checkbox"/> Krupphusten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma bronchiale</td> <td><input type="checkbox"/> Lungenentzündung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (chronische) Bronchitis</td> <td><input type="checkbox"/> Sarkoidose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> bronchiale Hyperreagibilität</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberkulose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> allergisches Asthma	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Anstrengungs-/ Belastungsasthma	<input type="checkbox"/> Krupphusten	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> (chronische) Bronchitis	<input type="checkbox"/> Sarkoidose	<input type="checkbox"/> bronchiale Hyperreagibilität	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar							
<input type="checkbox"/> allergisches Asthma	<input type="checkbox"/> COPD																		
<input type="checkbox"/> Anstrengungs-/ Belastungsasthma	<input type="checkbox"/> Krupphusten																		
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung																		
<input type="checkbox"/> (chronische) Bronchitis	<input type="checkbox"/> Sarkoidose																		
<input type="checkbox"/> bronchiale Hyperreagibilität	<input type="checkbox"/> Tuberkulose																		
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar																			
2. Art und Auslöser der Beschwerden? Mehrfachnennung möglich	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> asthmatische Anfälle</td> <td><input type="checkbox"/> Heiserkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atemnot</td> <td><input type="checkbox"/> Husten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auswurf</td> <td><input type="checkbox"/> häufige Infekte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> asthmatische Anfälle	<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Auswurf	<input type="checkbox"/> häufige Infekte	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar											
<input type="checkbox"/> asthmatische Anfälle	<input type="checkbox"/> Heiserkeit																		
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten																		
<input type="checkbox"/> Auswurf	<input type="checkbox"/> häufige Infekte																		
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar																			
3. asthmatischen Beschwerden? a) wie oft treten diese auf (Jahreszeit, Anfallsweise)? b) bei welchen Gelegenheiten z.B. Kontakt mit Allergenen, körperliche Belastung, Witterungsbedingung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
4. Wann trat/ traten die Erkrankung/ Beschwerden erst- und wann letztmalig auf?	erstmalig <input style="width: 100px;" type="text"/> letztmals <input style="width: 100px;" type="text"/>																		
5. Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? bitte Behandlungszeiträume im jeweiligen grauen Kästchen mit vermerken	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Allergietest</td> <td>Behandlungszeitraum</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heilpraktiker</td> <td>"</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laboruntersuchung</td> <td>"</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest</td> <td>"</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Röntgen</td> <td>"</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td>"</td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Allergietest	Behandlungszeitraum	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Laboruntersuchung	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Röntgen	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Allergietest	Behandlungszeitraum	<input style="width: 100px;" type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> Laboruntersuchung	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> Röntgen	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	"	<input style="width: 100px;" type="text"/>																	
6. Medikamentöse Behandlung? bitte Name, Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikaments angeben	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																		
7. Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung? bitte alle Behandlungszeiträume angeben	<input type="checkbox"/> kontinuierlich - Behandlungszeitraum, seit wann <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> bedarfsweise - bitte geben Sie die Behandlungszeiträume an <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																		
8. Besteht Beschwerdefreiheit ? besteht Behandlungsfreiheit ?	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input style="width: 100px;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/>														
<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/>																		
9. Ist die Erkrankung ausgeheilt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, welche Behandlung ist angeraten/ geplant <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																		
10. Welcher Arzt kann am Besten Auskunft geben? Bitte Art des Arztes, mit Name + Anschrift	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>																		

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)