Spezifische Immuntherapie gegen Allergien

Antrag auf Rückerstattung durch die Zusätzlichen Dienste

Teil 1 - Identifizierung und Verordnung

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	

Facharzt in

☐ Dermatologie

☐ Hals-Nasen-Ohren-Medizin

☐ Pneumologie

☐ Allergologie

und behandelnder Arzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
	Kleben Sie hierhin eine Vignette.

verordne die spezifische Immuntherapie gegen folgende(s) Allergen(e)

für die voraussichtliche Dauer von _____ Jahren.

Anfangsdatum der Therapie	

Teil 2 - Diagnose

Ich bestätige, dass die oben genannte Person an folgender Allergie leidet

☐ Allergie gegen Milben

☐ Allergie gegen Gräserpollen

☐ Allergie gegen Birkenpollen

Diese Allergie ruft bei der oben genannten Person folgende Beschwerden oder Krankheiten hervor

☐ Leichte, anhaltende Nasenschleimhautentzündung

☐ Mittelstarke bis starke, zeitweilige Nasenschleimhautentzündung

☐ Mittelstarke bis starke, anhaltende Nasenschleimhautentzündung

☐ Leichtes bis mittelstarkes, anhaltendes Asthma

Trotz Vermeidung der Allergieauslöser und Einnahme lindernder Medikamente tritt keine deutliche Besserung ein, sodass die Lebensqualität der oben genannten Person deutlich eingeschränkt ist. Des Weiteren besteht ein erhöhtes Risiko, dass sich die Allergie zum Asthma auszuweiten droht.

Datum	
Unterschrift	

>> Formular drucken

Gemäß der EU-Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen sowie des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der zusätzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung der Freien Krankenkasse, mit Sitz in B-4760 Büllingen, Hauptstraße 2, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter www.freie.be/privacy oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in B-4760 Büllingen.