

Fragebogen Hauterkrankungen

Zur Versicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN	ANTWORTEN
1. Wie lautet die Diagnose der Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Rosacea <input type="checkbox"/> mit Augenbeteiligung <input type="checkbox"/> Vitiligo <input type="checkbox"/> Urtikaria/Nesselsucht <input type="checkbox"/> Naevi/Muttermale <input type="checkbox"/> Akne vulgaris <input type="checkbox"/> mit Aknenarben <input type="checkbox"/> Akne conglobata Sonstiges: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welche Ursache ist ggf. bekannt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Welche Körperteile sind/waren betroffen? Bitte geben Sie Ausmaß/Größe an (z. B. 2-€-Münzen-groß, kleiner/größer 5 cm usw.).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hat sich die Größe der betroffenen Stellen innerhalb der letzten 3 Jahre geändert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vergrößert <input type="checkbox"/> verkleinert
3. Besteht eine Beteiligung der Gelenke (Arthritis)? Wenn ja, welche Gelenke sind betroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Welche Beschwerden/Symptome bestehen oder bestanden (z. B. Rötung, Juckreiz, Schuppung, Ausschlag, Quaddeln usw.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Besteht eine psychische Belastung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Wann traten erstmals deswegen Beschwerden auf? Wann zuletzt? Bitte geben Sie auch die Häufigkeit an (einmalig, ganzjährig, schubweise usw.).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

FRAGEN

ANTWORTEN

6. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?

Finden regelmäßige Kontrolluntersuchungen statt?

☐ nein ☐ ja

7. Wie werden/wurden Sie behandelt?

☐ Lichttherapie ☐ Bäder
☐ Laserbehandlung ☐ Salben
☐ Umschläge ☐ Medikamente
☐ Sonstiges:

8. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.

9. Bestehen Allergien?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, gegen welche Stoffe?

Bitte reichen Sie ggf. den Fragenbogen für allergische Erkrankungen ein.

10. Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

11. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.

12. Ist oder war eine stationäre Behandlung angeraten oder notwendig?

☐ nein ☐ ja

Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

14. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

15. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

Ort

Datum



* 3 5 0 0 0 *