

Hauterkrankungen

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. An welcher Erkrankung bzw. welchen Beschwerden der Haut leiden oder litten Sie? Seit wann und wie lange?

[Empty text box for question 1]

Handelt es sich um eine chronische oder akute Erkrankung?

- chronische Erkrankung
- akute Erkrankung

2. Welche Körperstellen sind/waren betroffen?

- Ganzer Körper (generalisiert)
- Hände
- Gesicht
- Andere Körperstellen, welche?

[Empty text box for question 2]

In welchem Umfang? (Größe der betroffenen Flächen)

[Empty text box for question 2]

3. Wie häufig treten bzw. traten die Beschwerden auf?

- einmalig
- schubweise
- ganzjährig

4. Welche Ursachen sind Ihnen für diese Erkrankung bzw. die Beschwerden bekannt?

- Ursache nicht bekannt
- Störung des Immunsystems
- Pilzerkrankung
- Allergische Ursachen
- Infektion durch Bakterien / Viren
- Gutartige Geschwulsterkrankung
- Bösartige Geschwulsterkrankung
- Angeborene / familiär bedingte Erkrankung
- Andere Ursache, welche?

[Empty text box for question 4]

4. Hat die Erkrankung bzw. haben die Beschwerden Folgen hinterlassen? Bestehen durch die Hauterkrankung bedingte weitere Krankheitserscheinungen oder Beschwerden? (z.B. Allergien, Organerkrankungen, Gelenkerkrankungen)

nein, beschwerdefrei seit

[Empty text box for question 4]

ja, Folgen bzw. weitere Erkrankungen

[Empty text box for question 4]

Zeitraum

[Empty text box for question 4]

Name, Anschrift und Fachrichtung des Behandlers

[Empty text box for question 4]

5. Wie werden bzw. wurden Sie behandelt?

- keine Behandlung
- Bestrahlung
- Hypo- / Desensibilisierung (wann?)

[Empty text box for question 5]

Operation (wann und welche Operation?)

[Empty text box for question 5]

Kuraufenthalte (wann, wo und wie lange?)

[Empty text box for question 5]

Medikamente (Name, Dosierung und Dauer der Einnahme?)

[Empty text box for question 5]

Antiallergikum (Name, Dosierung und Dauer der Einnahme?)

[Empty text box for question 5]

Salben, Umschläge (Name, Dosierung und Dauer?)

[Empty text box for question 5]

Sonstige Behandlung (nähere Beschreibung)

[Empty text box for question 5]

6. Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

- nein
- ja, welche? (z.B. Klimakur)

[Empty text box for question 6]

7. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

[Empty text box for question 7]

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum | Unterschrift