

## Hauterkrankungen

Art: 212

<b>Zusatzerklärung zum Antrag vom</b>	
<b>Versicherung Nr. / Sachbearbeiter</b>	
<b>Antragsteller</b>	
<b>Zu versichernde Person</b> (wenn nicht Antragsteller)	

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung (z.B. Ekzem, allergisches Ekzem, Kontaktekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Dermatitis)?	
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch (z.B. Rötungen, Juckreiz, Schuppung, Ausschlag)?	
3. Welche Körperstellen / Körperteile sind bzw. waren betroffen?	<input type="checkbox"/> Kopfhaut <input type="checkbox"/> Ellenbogengelenke <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Füße <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Kniegelenke <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> .....
4. Wie groß sind die betroffenen Hautareale und in welcher Anzahl treten sie auf?	
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
6. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?	
7. Kam es zu Rückfällen? <b>(Wenn ja, wann?)</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
8. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	

**- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -**

<p>9. Werden / wurden Sie mit Medikamenten oder Salben behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>Präparat(e): .....</p> <p>Dosierung: ..... täglich</p>
<p>10. Wurde bei Ihnen ein Allergietest durchgeführt?</p> <p>Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt?</p> <p>Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Arzneimittel <input type="checkbox"/> Insektengift</p> <p><input type="checkbox"/> Gräser / Pollen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Hausstaub / <input type="checkbox"/> Sonstige Stoffe und Materialien Hausstaubmilbe (Metall, Chemikalien etc.)</p> <p>.....</p>
<p>11. Gibt es Auslöser, Allergene oder Reizfaktoren, die Sie z.B. aus beruflichen Gründen nicht vermeiden können? (Wenn ja, welche?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>12. Haben Sie aufgrund Ihrer Hauterkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>13. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>14. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>16. Zusätzliche Angaben</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.**

<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, daß unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.</p>		
<p>_____</p> <p>Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers</p>

**- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -**