

Fragebogen Haut



Zusaterklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? Insbesondere, wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Kam es zu Rückfällen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fragebogen Haut



9. Welche Körperstellen sind 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"/>
10. Wie groß sind die betroffenen Hautareale und in welcher Anzahl treten sie auf?	
11. Gibt es Auslöser, Allergene oder Reizfaktoren, die Sie z.B. aus beruflichen Gründen nicht vermeiden können? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
14. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von.....bis.....

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

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt
 Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

_____ Datum
 _____ Unterschrift der zu versichernden Person
 _____ Unterschrift des Antragstellers