

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Hauterkrankungen

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Muttermale, Leberflecke |
| <input type="checkbox"/> Akne conglobata | <input type="checkbox"/> Nagelpilz, Onychomykose |
| <input type="checkbox"/> Akne inversa | <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Urtikaria |
| <input type="checkbox"/> atopisches Ekzem, endogenes Ekzem | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Basaliom | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Psoriasis arthropathica |
| <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Rosacea |
| <input type="checkbox"/> Hautpilzerkrankung (Mykose) | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Kontaktekzem | <input type="checkbox"/> Warzen |
| <input type="checkbox"/> Melanom | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? |

Welche Körperstellen sind/ waren betroffen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesamter Körper (generalisiert) | <input type="checkbox"/> Fußnägel |
| <input type="checkbox"/> Arme | <input type="checkbox"/> Kniegelenke |
| <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> Kopf |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Rumpf |
| <input type="checkbox"/> Fingernägel | <input type="checkbox"/> Sonstige Körperstellen, welche? |
-

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? _____ zuletzt? _____

- ganzjährig
 saisonal

von? _____ bis? _____

von? _____ bis? _____

- unregelmäßig

Wie oft? _____ mal/Jahr Dauer? _____

- schubweise

Wie oft? _____ mal/Jahr Dauer? _____

Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

- ja nein,

es bestehen noch folgende Beschwerden: _____

Wie groß sind/ waren die betroffenen Hautbezirke?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zweieurostückgroß | <input type="checkbox"/> großflächig am ganzen Körper |
| <input type="checkbox"/> handteller groß | <input type="checkbox"/> sonstige Größenangabe: _____ cm |

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blasen- und Knotenbildung | <input type="checkbox"/> Pusteln (eitrig, wässrig) |
| <input type="checkbox"/> Eiterbildung | <input type="checkbox"/> trockene schuppige Hautstellen |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen der Haut | <input type="checkbox"/> Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Wucherungen |
| <input type="checkbox"/> Hautjucken | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? |
-

Liegt oder lag eine (innere) Gelenkbeteiligung vor
(z.B. Psoriasis arthropathica)?

- ja nein

Behandlungsweise/ Therapie:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Salben |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlungen | <input type="checkbox"/> Waschlotionen, Bäder |
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> Lichttherapie |
| <input type="checkbox"/> Kurbehandlung | <input type="checkbox"/> keine Therapie |
| <input type="checkbox"/> sonstige Therapie, welche? | |
-

Genauere Bezeichnung des Medikaments, der Salben etc. und dessen Dosierung?

Tabletten Name: _____

- Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
- ca. _____mal/Jahr ganzjährig saisonal

Salben Name: _____

- Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
- ca. _____mal/Jahr ganzjährig saisonal

Sonstige, welche? Name: _____

- Dosierung: täglich (_____mal/Tag) wöchentlich (_____mal/Monat)
- ca. _____mal/Jahr ganzjährig saisonal

Wurde ein Allergietest durchgeführt? ja nein

Wenn „ja“, Testbefunde? _____

Wurde ein Allergiepass ausgestellt? ja nein

Wenn „ja“, bitte Kopie beifügen oder die bestehenden Allergien übertragen!

Liegt eine Ursache, Grunderkrankung vor? ja nein

Wenn „ja“, welche? _____

Ausprägung? gutartig bösartig

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie des Befundberichtes!

Sind weitere diagnostische und/oder therapeutische
Maßnahmen notwendig, angeraten oder beabsichtigt? ja nein

Wenn „ja“, welche? _____

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? ja nein

Wenn „ja“, seit wann? _____

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen? _____

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)
