



4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? **(Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)**

nein  ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift des Arztes / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

zuletzt aufgesucht am: |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

2) Name und Anschrift des Arztes / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

zuletzt aufgesucht am: |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

5. Wurde eine Bilddokumentation diesbezüglich durchgeführt?  
**Befund bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen und wann?

---

---

---

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

6. Wurden Proben der Haut (z.B. oberflächliche Abschabungen oder Biopsien) entnommen und untersucht? **Ergebnis bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Welches Ergebnis?

---

---

---

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

7. Sind aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?  nein  ja

Falls ja, welche Komplikationen und wann?

---

---

---

8. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden  
 im Gesicht  am ganzen Körper  an den Händen  
 an anderen Körperteilen (an welchen?) \_\_\_\_\_

9. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) Beschwerden  
 einmalig, wann? \_\_\_\_\_  mehrfach auftretend, wie oft? \_\_\_\_\_  
 saisonal, wann? \_\_\_\_\_  ganzjährig

10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?  nein  ja

Falls ja, welche und wann?

---

---

---

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / Krankenhauses:

---

---

---

11. Waren aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?  nein  ja  
**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche und wann?

---

---

---

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / Krankenhauses:

---

---

---

12. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?

keine Behandlung

Salben, Cremes (kortisonhaltig) Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Salben, Cremes Medikamentenname: \_\_\_\_\_

(nicht kortisonhaltig)

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

andere Externa Medikamentenname: \_\_\_\_\_

(z.B. Umschläge)

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

andere Medikamente Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Bestrahlung Art der Bestrahlung: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

Desensibilisierung gegen welche Allergien? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

Erfolgreich?  nein  ja

andere Therapien welche? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|:|\_|\_|:|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

13. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, störende Narben, Schmerzen)?

nein  ja

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufsfähigkeit geführt?

nein  ja

Falls ja, zu welchen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



22. Bestand oder besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der bei Frage 1 genannten Erkrankungen? (*Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen*)

nein  ja

Falls ja, welche Erkrankung?

---

---

---

23. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

---

---

---

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x