

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Haut (1.10)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Haut (auch Allergien) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Quaddelbildung [Urtikaria], Hautschuppung oder Verhornungsstörungen der Haut, Schmerzen bei Belastung, Blutungsneigung, Überempfindlichkeitsreaktionen [z.B. Medikamentenallergie], Allgemeinreaktionen wg. der Hauterkrankung)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

- im Gesicht?
 an den Händen?
 an anderen Körperteilen? Welchen? _____
 am ganzen Körper?

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf

- bei der Arbeit ganzjährig
 bei Pollenkontakt saisonal
 bei körperlicher Anstrengung sonstiges

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.) nein ja

erstmalig aufgesucht am: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

erstmalig aufgesucht am: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|

6. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

- keine Behandlung
- Salben, Cremes Medikamentenname: _____
von: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| bis: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
wie oft täglich? _____
- andere Externa Medikamentenname: _____
von: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| bis: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
wie oft täglich? _____
- medikamentös Medikamentenname: _____
von: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| bis: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
wie oft täglich? _____
- Bestrahlung Medikamentenname: _____
von: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| bis: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
wie oft wöchentlich? _____
- Desensibilisierung von: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| bis: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
wie oft wöchentlich? _____
- andere Therapien Welche? _____
von: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_| bis: |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|
wie oft wöchentlich? _____

7. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: [][]-[][]-[][][][][][][]

bis: [][]-[][]-[][][][][][][]

von: [][]-[][]-[][][][][][][]

bis: [][]-[][]-[][][][][][][]

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann? [][]-[][]-[][][][][][][]

9. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann? [][]-[][]-[][][][][][][]

10. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, störende Narben, Schmerzen, Gelenksbeschwerden)? nein ja

Falls ja, welche?

11. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen Belastungen der Haut ausgesetzt (z.B. Feuchtarbeit, häufige Arbeit mit Handschuhen, mechanisch hautbelastende Tätigkeiten, Umgang mit hautreizenden Stoffen, Schadstoffen oder Allergenen) und/oder benötigen sie Hilfsmittel wie z.B. Handschuhe oder Hautschutzsalben? nein ja

12. Haben Sie in Ihrem Beruf häufigen Publikumsverkehr/ Kontakt mit Kunden? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben sie die näheren Umstände:

13. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung 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 zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

