

Medizinische Selbstauskunft

über Hauterkrankungen

Antragsteller: _____ Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen _____

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt)
2. Welche Art von Beschwerden bestehen oder bestanden?
3. Wann traten diese Beschwerden erstmals auf?
4. Zu welchen Zeiten traten sie auf? An welchen Körperstellen?
 einmalig Gesicht Knie/Armbeugen
 schubweise, wann zuletzt? _____ Rumpf sonstige Stellen
 ganzjährig Kopf wo? _____
 Hände
 Größe der einzelnen Stellen? _____
5. Hat sich die Größe der betroffenen Stellen innerhalb der letzten 3 Jahre verändert? nein ja:
 (größer/ kleiner?) _____
6. Sind Organe oder Gelenke beteiligt? nein ja, welche? _____
7. Befinden oder befanden Sie sich wegen dieser Erkrankung in medizinischer Behandlung?
 keine Behandlung einmalig am _____
 einmal jährlich halbjährlich vierteljährlich öfter _____ x jährlich zuletzt am _____
8. Wie werden oder wurden Sie behandelt?
 keine Behandlung Salben/Umschläge, Präparatname: _____
 Bestrahlung/Lichttherapie Kuraufenthalt, wann? Wo? _____
 Desensibilisierung, wann? _____ Antiallergikum, Präparatname: _____
 Operation, wann? _____ Medikamente, Präparatname: _____
 sonstige Behandlung, welche? _____
9. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?
 ja, seit wann? _____ nein, Art der Beschwerden? _____
10. Sind noch Behandlungen angeraten bzw. notwendig?
 nein ja, welche Therapieform? _____
11. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Hauterkrankungen arbeitsunfähig?
 nein ja, von wann bis wann? _____
12. Welcher Behandler (Arzt, Heilpraktiker etc.) kann Auskunft geben? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

Datum

Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person