

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Hauterkrankungen

<p>1. An welchen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der Haut leiden oder litten Sie?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Quaddelbildung, Nesselsucht (Urtikaria), Hautschuppung oder Verhornungsstörungen der Haut, Schmerzen bei Belastung, Blutungsneigung, Überempfindlichkeitsreaktionen, Medikamenten- oder Sonnenallergie, Allgemeinreaktionen als Folge der Hauterkrankung)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Gibt es Auslöser für die Beschwerden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>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)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, 1.) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: erstmalig aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ zuletzt aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>



<p>(Fortsetzung Frage 4)</p>	<p>2.) Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>5. Wurde eine Bilddokumentation diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchungen und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>6. Wurden Proben der Haut (z.B. oberflächliche Abschabungen oder Biopsien) entnommen und untersucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?</p> <p>Welches Ergebnis</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Ergebnis bitte beifügen)</p>
<p>7. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Komplikationen?</p> <p>Wann? : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>8. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden</p>	<p><input type="checkbox"/> im Gesicht? <input type="checkbox"/> am ganzen Körper?</p> <p><input type="checkbox"/> an anderen Körperteilen? <input type="checkbox"/> an den Händen? (welchen?) _____</p> <p>_____</p>
<p>9. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden:</p>	<p><input type="checkbox"/> einmalig? (wann?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> mehrfach auftretend? (wie oft?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> saisonal? (wann?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> ganzjährig?</p>

<p>10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses)</p>
<p>11. Waren aufgrund der Beschwerden/ der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Welche und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)</p> <p>(Befunde bitte beifügen)</p>
<p>12. Wie wurde/ wird ansonsten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Salben, Cremes (kortisonhaltig) Medikamentenname: _____ von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Salben , Cremes (nicht kortisonhaltig) Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Externa (z.B. Umschläge) Medikamentenname: _____ von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wie oft täglich? _____</p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

16. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Handschuhe oder Hautschutzsalben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?
17. Haben Sie beruflich Kontakt mit Stoffen, gegen die Sie allergisch sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, mit welchen?
18. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:
19. Haben Sie in Ihrem Beruf häufigen Publikumsverkehr/Kontakt mit Kunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände
20. Haben Sie in Ihrem Beruf Kontakt mit Lebensmitteln?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände
21. 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)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände
22. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der bei Frage 1 genannten Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?

<p>23. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p>
<p>Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt die ALTE LEIPZIGER personenbezogene Daten von mir. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. Im nachfolgenden Fall ist allerdings meine Einwilligung erforderlich:</p> <p>Die ALTE LEIPZIGER überprüft meine gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich die hier von mir genannten Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die ALTE LEIPZIGER bzw. die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.</p> <p>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).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die des gesetzlichen Vertreters</p>