

## Zusatzerklärung H – Hauterkrankung

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung  
 \_\_\_\_\_

**1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?**

- Schuppenflechte (Psoriasis)  mit Gelenkbeteiligung  ohne Gelenkbeteiligung
- Neurodermitis
- Akne
- Dermatitis
- Flechte (Lichen)
- Rosacea
- Vitiligo
- Leberflecke/Muttermale
- Ekzem  allergisch  nicht allergisch
- Pilzerkrankung (Mykose)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?**

- Bakterien
- Infektion
- Pigmentstörung
- Allergie
- angeboren
- Stress
- Sonstige \_\_\_\_\_

**3. Art der Beschwerden:**

- Juckreiz
- Eiterbildung
- Blasen- und Knotenbildung
- Schuppung
- Sonstige \_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_\_

**4. Welche Körperstellen sind/waren betroffen?**

\_\_\_\_\_

**5. Größe und Ausprägung der Hautläsionen?**

\_\_\_\_\_

**6. Wurden Sie ambulant behandelt?**

- Nein
- Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Art der Behandlung:**

- Medikamente Name des Medikaments, der Salben Tagesdosis  
 \_\_\_\_\_
- Untersuchungen Art der Untersuchung (z. B. Abstrich) Ergebnis  
 \_\_\_\_\_
- Heilmittelanwendungen Art des Heilmittels (z. B. Lichttherapie, Kosmetik) Anwendungshäufigkeit  
 \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme, Salbenbehandlung usw.) abgeschlossen?**

- Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten (z. B. Kontrollen)?
- Ja \_\_\_\_\_

## Zusatzerklärung H – Hauterkrankung

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**7. Wurden Sie stationär behandelt?**

- Nein  
 Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie operiert?**

- Nein  
 Ja Datum der Operation: \_\_\_\_\_  
Art der Operation: \_\_\_\_\_

**Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?**

- Nein  
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
Art der Behandlung/Operation: \_\_\_\_\_

**8. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?**

- Nein  
 Ja Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?**

- Nein  
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**9. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?**

- Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? \_\_\_\_\_  
 Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch (z. B. Narben)? \_\_\_\_\_

**10. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?**

- Nein  
 Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Erkrankung: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_