

### Selbstauskunft für Hautleiden

Anfrage vom: \_\_\_\_\_

Name der Person: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaf in: \_\_\_\_\_

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?  
(z.B. Ekzem, Neurodermitis/Schuppenflechte?)

\_\_\_\_\_

2. Welcher Art waren/sind die Beschwerden und zu welcher Zeit  
traten/treten sie auf?

\_\_\_\_\_

3. Angaben zur Ausprägung und zum bisherigen Verlauf?

\_\_\_\_\_

4. Besteht eine Beteiligung von inneren Organen oder Gelenken?

ja  nein

\_\_\_\_\_

5. An welchen Körperstellen und in welchem Umfang (Größe der Flächen)  
ist die Hauterkrankung aufgetreten?

6.1. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

6.2. Behandelnder Arzt (Name und Anschrift):

---

7. Wie wurde behandelt (z.B. Medikamente, Salben, Bestrahlung)?

---

8.1. Ist eine Krankenhaus-/Kurbehandlung durchgeführt worden?

ja  nein

---

8.2. Angaben zum Zeitraum, Name und Anschrift

---

9. Haben Sie jetzt noch Beschwerden?

ja Welche?

nein Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

---

10. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

---

12. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

13. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder  
berufsunfähig?

ja  nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsge-  
treu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Be-  
standteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den  
Versicherungsschutz gefährden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person  
bzw. deren gesetzlichen Vertreter