

## Zusätzliche Erklärung über Hauterkrankungen

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wann sind die Hautbeschwerden  
erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand?

- eine Allergie?  nein  ja

Wenn ja, welche?

- asthmatische Beschwerden?  nein  ja

Welcher Arzt hat die Erkrankung  
festgestellt?

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann?

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung?

Welche Behandlungen wurden dabei  
durchgeführt?

Nehmen/nahmen Sie Medikamente  
oder Salben?

nein  ja

Wenn ja, welche?

Bestehen oder bestanden  
Gelenkbeschwerden?

nein  ja

Treten/traten die Hauterscheinungen  
unter Stress auf?

nein  ja

Welche Körperstellen sind/waren  
betroffen?

Welche Beschwerden bestehen zurzeit?

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser  
Erkrankung in Behandlung?

(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung?

Welche Behandlungen wurden dabei  
durchgeführt?

Seit wann sind Sie behandlungs- und  
beschwerdefrei?

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter