

## 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 Antragsteller und zu versichernde volljährige Person