Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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