

## Zusätzliche Erklärung über Neurodermitis

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

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

Welche Körperstellen sind betroffen?  Armbeugen und/oder Kniekehlen  
 Kopf/Hals  
 Arme/Beine  
 Hände/Füße  
 ganzer Körper (generalisiert)

Welche Art von Behandlung wurde in den **letzten fünf Jahren** durchgeführt?  
 keine  
 Salbenbehandlung  
 Bestrahlung mit UV-Licht  
 Tabletten  
 andere Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Welche Art von Behandlung **wird durchgeführt** oder ist **angeraten**?  
 keine  
 Salbenbehandlung  
 Bestrahlung mit UV-Licht  
 Tabletten  
 andere Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Behandlung oder Arztkonsultation? \_\_\_\_\_

Fanden stationäre Behandlungen/Kuren statt?  nein  
 ja

**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