

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