

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