Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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