

**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