

## Zusätzliche Erklärung über Schuppenflechte (Psoriasis)

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

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

1. Welche Körperstellen sind betroffen?  Kopf  
 Knie  
 Ellenbogen  
 Bauch und /oder Rücken  
 Innenflächen von Händen und /oder Füßen  
 gesamter Körper (generalisiert)

2. Wie groß sind die betroffenen Stellen?  kleiner als eine 2 Euromünze  
 größer als eine 2 Euromünze

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

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

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

6. Besteht eine Gelenkbeteiligung?  ja  
 nein

7. Fanden stationäre Behandlungen/ Kuren statt?  ja  
 nein

**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