Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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