

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