

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