

## 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