

Hauterkrankungen - Z 13

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die ärztliche / medizinische Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

- Neurodermitis, atopische Dermatitis, endogenes Ekzem
- allergisches Ekzem
- Kontaktekzem
- Psoriasis / Schuppenflechte
- Psoriasis Arthritis
- Urtikaria / Nesselsucht
- Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden / Symptome bestehen oder bestanden in Bezug auf die Erkrankung?

(z. B.: Rötung, Juckreiz, Schuppung, Ausschlag, ...).

Bitte auch Begleitsymptome, wie Gelenkschmerzen, Atemwegsprobleme etc. angeben!

3. Welche Körperstellen sind / waren betroffen?

- Gesamter Körper
- Gesicht
- Hände
- Kopfhaut
- Ellenbogen / Ellenbeuge
- Knie / Kniekehle
- Fußsohle
- Gelenke : Welche? _____
- Finger- / Fußnägel
- Sonstige: _____

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

- ja, seit _____ nein

6. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden

- Im Gesicht oder an den Händen
- Am ganzen Körper
- An einzelnen Körperteilen - **Wo?** _____
- Einmalig
- Schubweise
- Ganzjährig

7. Welche Ursachen sind Ihnen für diese Erkrankung bzw. Beschwerden bekannt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Störung des Immunsystems |
| <input type="checkbox"/> Pilzerkrankung | <input type="checkbox"/> Angeborene/familiär bedingte Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Infektion durch Bakterien/Viren | <input type="checkbox"/> Allergische Ursache |
| <input type="checkbox"/> Gutartige Geschwulsterkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache - Welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Geschwulsterkrankung | _____ |

8. Wie werden oder wurden Ihre Erkrankung bzw. Beschwerden behandelt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Behandlung | <input type="checkbox"/> Salben, Umschläge - Präparatname: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt(e) - Wann, wo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Desensibilisierung | <input type="checkbox"/> Antiallergikum - Präparatname: _____ |
| <input type="checkbox"/> Operation - Wann? _____ | <input type="checkbox"/> Medikament(e) - Präparatname: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung - Welche? _____ | _____ |

9. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer "Erkrankung" untersucht oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?

nein
 ja, einmal von _____ bis _____
 ja, mehrmals

11. Wurde bei Ihnen eine Allergietestung vorgenommen?

ja
 nein

Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt?

ja
 nein

Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?

Insektengift _____
 Arzneimittel _____
 Gräser / Pollen _____
 Hausstaub / Hausstaubmilbe
 Sonstige Stoffe (z. B.: Metalle, Chemikalien, ...): _____

12. Wurde Ihnen in Verbindung mit der Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?

nein
 ja - Angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich: _____

13 . Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?
(Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)

- ja
 Nein, Einschränkungen:

14 . Gibt es Auslöser / Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können? Wenn ja, welche?

- nein
 ja, Einschränkungen:

15. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

Z 13