

## Hauterkrankungen - Z 13



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG  
Abt. B - Risikoprüfung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
AD-Nr.:

1. Wie lautet die ärztliche / medizinische Bezeichnung Ihrer Erkrankung?  
(z. B.: Neurodermitis, Ekzem, allergisches Ekzem, Kontaktekzem , ...)

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. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

ja, seit \_\_\_\_\_  nein

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

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

\_\_\_\_\_

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

Ursache nicht bekannt  Störung des Immunsystems  
 Pilzkrankung  Angeborene/familiär bedingte Erkrankung  
 Infektion durch Bakterien/Viren  Allergische Ursache  
 Gutartige Geschwulsterkrankung  Sonstige Ursache - **Welche?** \_\_\_\_\_  
 Bösartige Geschwulsterkrankung \_\_\_\_\_

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

Keine Behandlung  Salben, Umschläge - **Präparatname:** \_\_\_\_\_  
 Bestrahlung  Kuraufenthalt(e) - **Wann, wo?** \_\_\_\_\_  
 Desensibilisierung  Antiallergikum - **Präparatname:** \_\_\_\_\_  
 Operation - **Wann?** \_\_\_\_\_  Medikament(e) - **Präparatname:** \_\_\_\_\_  
 sonstige Behandlung - **Welche?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

9. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann?  nein  
 ja, einmal von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 ja, mehrmals

10. 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, ...):  
 \_\_\_\_\_

11. Wurde Ihnen in Verbindung mit der Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?  nein  
 ja - Angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich:  
 \_\_\_\_\_

12. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?  ja  
 Nein, Einschränkungen:  
 \_\_\_\_\_

13. Gibt es Auslöser / Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können? Wenn ja, welche?  nein  
 ja, Einschränkungen:  
 \_\_\_\_\_

14. 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.