

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Hauterkrankungen

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. **An welchen Erkrankungen bzw. Beschwerden der Haut leiden oder litten Sie?**
(z.B. Allergie, Neurodermitis, Ekzem, Kontaktekzem, allergisches Ekzem, Schuppenflechte, Nesselsucht, Muttermale, Tumoren, Ausschlag, Juckreiz)

Seit wann _____

2. **Welche Körperstellen sind/waren betroffen?**

- gesamter Körper (generalisiert)
 Hände
 Gesicht
 Kopf
 Ellenbogen
 Kniegelenke
 mit Gelenkbeteiligung/-problemen
(z. B. Schuppenflechte/Psoriasis-Arthritis?)
 andere Körperstellen
welche _____

3. **Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?**

- einmalig
 mehrmalig

_____ wann

_____ wie oft

_____ in welchen Abständen, wann zuletzt

- ganzjährig

4. **Welche Ursachen sind Ihnen für die Beschwerden/Erkrankung bekannt?**

- unbekannt
 angeboren
 allergisch*
 Störung des Immunsystems
 Tumor (gutartig/bösartig)
 andere Ursachen

welche _____

* **Wenn eine Allergie die Ursache ist, bitte den Allergie/Asthmafragebogen zusätzlich ausfüllen**

FRAGEBOGEN Hauterkrankungen

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

5. Wie wird/wurde die Hauterkrankung behandelt?

- gar nicht
- Medikamente (z. B. Salben, Tabletten)
welche _____

genaue Schreibweise und Dosierung

Häufigkeit ständig bei Bedarf
wann zuletzt _____

- stationäre Behandlung/Kuren
wann _____
geplant _____

6. Sind Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig gewesen?

- ja, von _____ bis _____
von _____ bis _____
- nein

7. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Wechsel Ihres Berufs oder Ihrer Tätigkeit vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?

- ja, wann _____
weshalb _____
- nein

8. Gibt es Auslöser/Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können?

- ja, welche _____
- nein

Bestehen deshalb Einschränkungen im Beruf?

- ja, welche _____
- nein

9. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter