

Service-Center  
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex  
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