

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? (Diagnose)

- allergische Hauterkrankung
 Hautpilzerkrankung
 Psoriasis/Schuppenflechte

- Sklerodermie
 Neurodermitis/Atopisches Ekzem
 Kopfschuppen/Seborrhoisches Ekzem

Sonstige Erkrankung

Welche Körperteile waren bzw. sind von der Erkrankung betroffen?

Größe der betroffenen Stellen?

 cm

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Besteht eine Gelenkbeteiligung, oder sind andere Organe oder Organ-systeme an der Erkrankung beteiligt?

- ja nein

Hat eine Krankenhausbehandlung stattgefunden?

- ja nein
 von bis

Falls ja, wann und wie lange? (Bitte den KH-Entlassungsbericht beifügen)

Hat ein Kuraufenthalt stattgefunden?

- ja nein
 von bis

Falls ja, wann und wie lange? (Bitte den Kurbericht beifügen)

Wurde eine Kur oder Klimakur vom Arzt angeraten oder ist eine solche beabsichtigt?

- ja nein

Wurde eine Balneo-Phototherapie durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt?

- ja nein

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

- ja nein
 von bis

Falls ja, seit wann?

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person