KlinikRente

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 schuldhafte 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