

## Fragebogen Hauterkrankungen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. An welchen Erkrankungen der Haut leiden oder litten Sie?

- Neurodermitis, atopische Dermatitis, endogenes Ekzem
- allergisches Ekzem
- Kontaktekzem
- Psoriasis/Schuppenflechte
- Psoriasis Arthritis
- Urtikaria/Nesselsucht
- Sonstige: \_\_\_\_\_

2. Zeitpunkt der Erstdiagnose (MM.JJJJ): \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

3. Welche Körperstellen sind/waren betroffen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Generalisiert (gesamter Körper) | <input type="checkbox"/> Kopfhaut          |
| <input type="checkbox"/> Gesicht                         | <input type="checkbox"/> Ellenbogen/-beuge |
| <input type="checkbox"/> Hände                           | <input type="checkbox"/> Knie/-kehle       |
| <input type="checkbox"/> Finger-/Fußnägel                | <input type="checkbox"/> Fußsohle          |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                 |  |

4. Welche Ursachen/Auslöser sind Ihnen bekannt?

- angeboren/familiär bedingt
- allergisch bedingt
- infektiös bedingt (z. B. Pilzerkrankung)
- Sonstige (z. B. Stress): \_\_\_\_\_

5. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

a) Wie häufig treten/traten die Beschwerden auf?

- einmalig
- mehrmalig
- dauerhaft/ganzjährig

b) Weitere Angabe zu den Beschwerden:

Wann? (MM.JJJJ)	Wie lange?	Jeweilige Arbeitsunfähigkeitstage

6. a) Wie wurde oder wird die Hauterkrankung behandelt?

keine Behandlung, behandlungsfrei seit (MM.JJJJ): \_\_\_\_ . \_\_\_\_

medikamentöse Therapie (Tabletten, Salben, Cremes etc.)

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Häufigkeit:

nur bei Bedarf, \_\_\_\_\_ mal pro Jahr für jeweils \_\_\_\_\_ Tage

Dauermedikation

Sonstige Behandlungen: \_\_\_\_\_

b) Waren wegen der Hauterkrankungen Krankenhaus- oder Kuraufenthalte erforderlich?

nein

ja → Bitte fügen Sie eine Kopie des Entlassungsberichts bei.

c) Ist bzw. war aufgrund der genannten Erkrankungen/ Beschwerden ein Arbeitsplatzwechsel beabsichtigt, angeraten oder erfolgt?

Nein       Ja, wann und wieso? \_\_\_\_\_

d) Wann und welchen Arzt / welche Ärzte nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen,  
bitten wir um Übersendung / Einreichung.**

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zu Versichernden