



Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer: _____

Selbstauskunft Hauterkrankungen

für _____

Sofern der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.

<p>1. Wie wurde die Erkrankung vom Behandler bezeichnet?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>10. Wurde eine Krankenhaus- oder Kurbehandlung durchgeführt, angeraten oder ist eine geplant?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte nähere Erläuterungen)</p> <p>_____</p>
<p>2. Welcher Art waren die Beschwerden?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>11. Welche Medikamente wurden verordnet?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>12. Über welchen Zeitraum und in welcher Dosierung erfolgte die Medikation?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Treten die Beschwerden wiederkehrend auf?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>13. Ist weiterhin eine Medikation erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Welche Körperstellen sind betroffen?</p> <p>_____</p> <p>In welchem Umfang?</p> <p>_____</p>	<p>14. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein, es bestehen noch folgende Beschwerden: _____</p>
<p>6. Besteht eine allergische Komponente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Allergien sind bekannt: _____</p> <p>_____</p>	<p>15. Welche weiteren Behandlungen sind geplant oder erforderlich?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>16. Welcher Arzt kann hierzu Auskunft geben?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Wie wurden Sie behandelt?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9. Wurde eine Lichttherapie durchgeführt oder angeraten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte nähere Erläuterungen)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Ich bestätige, dass ich die in dieser Erklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet habe. Über die oben niedergeschriebenen Angaben hinaus habe ich dem Makler/Vermittler keine weiteren Auskünfte zum Gesundheitszustand erteilt. Mir ist bekannt, dass unvollständige bzw. falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

 Ort, Datum

 Unterschriften des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter