

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_  
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung  
bzw. in der Angebotsanforderung)

## Hauterkrankungen

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne                              | <input type="checkbox"/> Muttermale, Leberflecke |
| <input type="checkbox"/> Akne conglobata                   | <input type="checkbox"/> Nagelpilz, Onychomykose |
| <input type="checkbox"/> Akne inversa                      | <input type="checkbox"/> Nesselsucht, Urtikaria  |
| <input type="checkbox"/> atopisches Ekzem, endogenes Ekzem | <input type="checkbox"/> Neurodermitis           |
| <input type="checkbox"/> Basaliom                          | <input type="checkbox"/> Psoriasis               |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis                        | <input type="checkbox"/> Psoriasis arthropathica |
| <input type="checkbox"/> Ekzem                             | <input type="checkbox"/> Rosacea                 |
| <input type="checkbox"/> Hautpilzerkrankung (Mykose)       | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte         |
| <input type="checkbox"/> Kontaktekzem                      | <input type="checkbox"/> Warzen                  |
| <input type="checkbox"/> Melanom                           | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?       |

Welche Körperstellen sind/ waren betroffen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesamter Körper (generalisiert) | <input type="checkbox"/> Fußnägel                        |
| <input type="checkbox"/> Arme                            | <input type="checkbox"/> Kniegelenke                     |
| <input type="checkbox"/> Beine                           | <input type="checkbox"/> Kopf                            |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen                      | <input type="checkbox"/> Rumpf                           |
| <input type="checkbox"/> Fingernägel                     | <input type="checkbox"/> Sonstige Körperstellen, welche? |
- 

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmalig? \_\_\_\_\_ zuletzt? \_\_\_\_\_

- ganzjährig  
 saisonal

von? \_\_\_\_\_ bis? \_\_\_\_\_

von? \_\_\_\_\_ bis? \_\_\_\_\_

- unregelmäßig

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal/Jahr Dauer? \_\_\_\_\_

- schubweise

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal/Jahr Dauer? \_\_\_\_\_

Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?

- ja  nein,

es bestehen noch folgende Beschwerden: \_\_\_\_\_

Wie groß sind/ waren die betroffenen Hautbezirke?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zweieurostückgroß | <input type="checkbox"/> großflächig am ganzen Körper    |
| <input type="checkbox"/> handteller groß   | <input type="checkbox"/> sonstige Größenangabe: _____ cm |

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blasen- und Knotenbildung | <input type="checkbox"/> Pusteln (eitrig, wässrig)      |
| <input type="checkbox"/> Eiterbildung              | <input type="checkbox"/> trockene schuppige Hautstellen |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen der Haut     | <input type="checkbox"/> Schwellungen                   |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag             | <input type="checkbox"/> Wucherungen                    |
| <input type="checkbox"/> Hautjucken                | <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?              |
- 

Liegt oder lag eine (innere) Gelenkbeteiligung vor  
(z.B. Psoriasis arthropathica)?

- ja       nein

Behandlungsweise/ Therapie:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamente                | <input type="checkbox"/> Salben               |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlungen              | <input type="checkbox"/> Waschlotionen, Bäder |
| <input type="checkbox"/> Operation                  | <input type="checkbox"/> Lichttherapie        |
| <input type="checkbox"/> Kurbehandlung              | <input type="checkbox"/> keine Therapie       |
| <input type="checkbox"/> sonstige Therapie, welche? |   |
- 

Genauere Bezeichnung des Medikaments, der Salben etc. und dessen Dosierung?

Tabletten      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:       täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)
- ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr       ganzjährig       saisonal

Salben      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:       täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)
- ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr       ganzjährig       saisonal

Sonstige, welche?      Name: \_\_\_\_\_

- Dosierung:       täglich (\_\_\_\_\_mal/Tag)       wöchentlich (\_\_\_\_\_mal/Monat)
- ca. \_\_\_\_\_mal/Jahr       ganzjährig       saisonal

Wurde ein Allergietest durchgeführt?  ja  nein

Wenn „ja“, Testbefunde? \_\_\_\_\_

Wurde ein Allergiepass ausgestellt?  ja  nein

Wenn „ja“, bitte Kopie beifügen oder die bestehenden Allergien übertragen!

\_\_\_\_\_

Liegt eine Ursache, Grunderkrankung vor?  ja  nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Ausprägung?  gutartig  bösartig

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie des Befundberichtes!**

Sind weitere diagnostische und/oder therapeutische  
Maßnahmen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?  ja  nein

Wenn „ja“, seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hinweis:** Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

**Erklärung**

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten