

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.  
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.  
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

## Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Hauterkrankungen

Beschreibung der Beschwerden	
<b>Welches Erkrankungsbild tritt oder trat bei Ihnen auf?</b>	
<input type="checkbox"/> Urticaria / Nesselsucht	<input type="checkbox"/> atopische Dermatitis
<input type="checkbox"/> allergisches Kontaktekzem	<input type="checkbox"/> endogenes Ekzem
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Arzneimitteloxanthem
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Lichtdermatosen
Wie viele Krankheitsherde bestehen? _____	
Sind diese lokal eng begrenzt ( $\leq 2$ cm)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat sich die Krankheit in den letzten 5 Jahren weiter ausgebreitet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Leberfleck- / Muttermalentfernung	
Wie viele Muttermale sind Ihnen bereits entfernt worden? _____	
Handelte es sich ausschließlich um gutartige Veränderungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Falls nein/unbekannt: Fanden weitere Behandlungen (z.B. Bestrahlung) statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Bitte reichen Sie entsprechende Befund- und Behandlungsberichte ein.</i>	
<b>Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten?</b>	____ / ____ MM/JJJJ
<b>Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten?</b>	____ / ____ MM/JJJJ <input type="checkbox"/> andauernd
<b>Sind die Beschwerden mehrfach aufgetreten?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ist bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eines der folgenden Symptome aufgetreten?</b>	
<input type="checkbox"/> anaphylaktischer Schock	<input type="checkbox"/> allergischer Schock
<input type="checkbox"/> Quincke-Ödem	<input type="checkbox"/> Schleimhautschwellung
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	
<b>Handelt es sich um überwiegend allergische Reaktionen?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Gegen welche Stoffe besteht diese Allergie? (Wenn vorhanden, bitte Allergiepass beiliegen)	
_____	
Wann treten die Beschwerden auf? <input type="checkbox"/> nur zu bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> sporadisch	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Leiden Sie unter Psoriasis / Schuppenflechte?</b>	
Falls ja: Leiden Sie unter Gelenkbeschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Welche Körperstellen sind oder waren von der Hauterkrankung betroffen?</b>	
<input type="checkbox"/> gesamter Körper	<input type="checkbox"/> Hände
<input type="checkbox"/> sonstige Körperstellen: _____	<input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Ellenbogen
<b>Leiden oder litten Sie unter Atemwegsbeschwerden?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Welche Medikamente verwenden oder verwendeten Sie wegen der Atemwegsbeschwerden?	
<input type="checkbox"/> keine Medikamente	<input type="checkbox"/> Nasenspray / -tropfen / -salbe
<input type="checkbox"/> antiallergische Tabletten	<input type="checkbox"/> Kortisontabletten
<input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> Asthmatabletten ohne Kortison <input type="checkbox"/> Asthmaspray / Dosieraerosol
Wann treten die Beschwerden auf? <input type="checkbox"/> nur zu bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> sporadisch	
Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ	Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ
Handelt es sich bei den Atemwegsbeschwerden um überwiegend allergische Reaktionen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Gegen welche Stoffe besteht diese Allergie? (Wenn vorhanden, bitte Allergiepass beiliegen)	
_____	
<b>Treten oder traten in weiteren Bereichen – außer den bereits genannten – allergische Beschwerden auf?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Wo? <input type="checkbox"/> Magen / Darm <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Wann treten die Beschwerden auf? <input type="checkbox"/> nur zu bestimmten Jahreszeiten <input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> sporadisch	
Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ	Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ

Behandlung der Beschwerden	
<b>Sind oder waren Sie wegen Ihrer Symptome in ärztlicher Behandlung?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Wann zuerst? ____ / ____ MM/JJJJ	Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ
<b>Behandeln oder behandelten Sie Ihre Beschwerden mittels Medikamenten oder Salben / Cremes?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

PESVA01686

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

RLNR.: \_\_\_\_\_

**Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Hauterkrankungen**

Falls ja: Welche?	Medikament / Präparat	Dosis	täglich	nach Bedarf	eingenommen seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___

Wie lange ist die durchschnittliche Therapiedauer pro Jahr? \_\_\_\_\_ Wochen  
Mittels welcher Präparate wird oder wurde bei akuten Beschwerden therapiert? Ggf. in welcher Dosis?  
\_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen eine Hypo- oder Desensibilisierungsbehandlung durchgeführt?**  ja  nein  
Falls ja: In welchem Zeitraum und mit welchem Ergebnis? von \_\_\_/\_\_\_ MM/JJJJ bis \_\_\_/\_\_\_ MM/JJJJ

**Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?**  ja  nein  
Falls ja:  empfohlen  beantragt  durchgeführt  
Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)  
\_\_\_\_\_

**Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit**

**Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig?**  ja  nein  
Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?  
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)  
\_\_\_\_\_

**Gibt es Auslöser / Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können**  
(z. B. Kontakt mit Chemikalien, Arbeiten im feuchten Milieu)?  ja  nein  
Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Besteht durch die Erkrankung eine Einschränkung bei der Ausübung Ihres Berufes?  ja  nein

**Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?**  ja  nein  
Falls ja: Ist ein Berufs- /Arbeitsplatzwechsel erfolgt?  ja  nein

**behandelnde Ärzte**

**Werden oder wurden Ärzte in Anspruch genommen?**  ja  nein  
Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**zusätzliche Bemerkungen**

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

**Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen**

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

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESVA01686