

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

Neurodermitis	Akne	Kontaktekzem
Hautpilz	Muttermal	
Urtikaria (Nesselsucht):	ohne Quincke-Ödem	mit Quincke-Ödem Wann <input type="text"/> wie oft?
Psoriasis (Schuppenflechte):	mit Gelenkbeteiligung	ohne Gelenkbeteiligung
Hauttumor:	gutartig	bösartig: (Bezeichnung?)
Sonstige:		

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

Hautausschlag	Juckreiz	Hautempfindlichkeit
Hauttrockenheit	Hauteinrisse	Hautschuppen
Pickel, Papeln	Eitrige Pusteln/Blasen	Narben
Sonstige:		

**3. Welche Körperteile sind oder waren von der Erkrankung betroffen?**

Hände	Gesicht	Kopf
Ellenbogen	Knie	Der ganze Körper
Andere Stellen:		

**4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

einmalig    saisonal von:  bis:     schubweise | wie oft? \_\_\_\_\_    ganzjährig

Wann erstmals?     Wann zuletzt?

**5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?**

Keine    Salben / Cremes: \_\_\_\_\_    kortisonhaltig    nicht kortisonhaltig

Medikamente: \_\_\_\_\_    von:  bis:

In welcher Dosierung?    täglich ( \_\_\_\_\_ mal am Tag )    saisonal von:  bis:  \_\_\_\_\_ mal im Jahr

**6. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?**

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum   von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum   von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

**7. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?**

Ja | wann:     Welche? \_\_\_\_\_    Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt?    Ja | welches? \_\_\_\_\_    Nein

Ergebnis des Gewebefundes?    gutartig    bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

B

## 8. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Desensibilisierung

Bestrahlung

Sonstige:

Ja | von:  bis:

Ergebnis?

mit Erfolg

ohne Erfolg

Nein

## 9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

## 10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Belastungseinschränkungen, störende Narben, Schmerzen)?

Ja | welche?

Nein

## 11. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von:  bis:

Ja | von:  bis:

Nein

## 12. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

## 13. Gibt es Auslöser/Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können (z. B. Feuchtarbeiten, hautreizende Stoffe)?

Ja | welche?

Nein

## 14. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Handschuhe, Hautschutzsalbe)?

Ja | welche?

Nein

## 15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person