

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Hauterkrankungen

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Erkrankungen bzw. Beschwerden bestehen/ bestanden?

- Ekzem Keratosen übermäßiger Haarwuchs
 Rosazea Urticaria (Nesselsucht) übermäßiges Schwitzen
 Narbenwucherung: Wenn bekannt, Ursache: _____
 Herpes: Welche Form? _____
 Kontaktallergie: Reaktion auf _____
 Warzen, welche (z. B. Feigwarzen): _____
 Pilzkrankung, welche (z. B. Nagel- oder Fußpilz): _____
 Neurodermitis: im Gesicht an den Händen am ganzen Körper sonstige: _____
 Wie ist der Umfang zu bemessen? 0-2 cm 2-3 cm 3-5 cm über 5 cm
 Hämangiom(e): Anzahl: _____ ungefähre Größe in mm: _____
 Körperregion: _____ vollständig zurückgebildet ja nein
 Feuermal/ Storchenbiss: Anzahl: _____ ungefähre Größe in mm: _____
 Körperregion: _____ vollständig zurückgebildet ja nein
 Weißfleckenkrankheit: Anzahl: _____ ungefähre Größe in mm: _____
 gutartige(r) Tumor(e): Wenn bekannt, genaue Diagnose: _____
 Hautkrebs: Basaliom
 malignes Melanom
 Schuppenflechte/ Psoriasis: mit Gelenkbeteiligung
 ohne Gelenkbeteiligung
 Wie ist der Umfang zu bemessen? 0-2 cm 2-3 cm 3-5 cm über 5 cm
 Verbrennung: Grad I – IIa
 Grad IIb - IV
 Akne: mit Narbenbildung
 mit Abszessen und/ oder Fistelbildung
 Wie ist der Umfang zu bemessen? 0-2 cm 2-3 cm 3-5 cm über 5 cm
 Muttermal(e): > 10 > 20 > 30
 sonstige: _____

3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden:

- im Gesicht an den Händen am ganzen Körper sonstige: _____
- einmalig? wann? _____ (Monat/ Jahr)
 wiederholt? erstmalig? _____ (Monat/ Jahr)
 zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
 dauernd? seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

4. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

- keine Behandlung
 Bestrahlung/ Lichttherapien
 PUVA-Therapie
 Lasertherapie
- Injektionen
 Mikrowellen-/ Thermotherapie
- Medikament, Präparatename(n) _____
- Salben, Verbände, Bäder - Präparatename(n): _____
- Operation durchgeführt: Wann? _____ (Monat/Jahr)
 Name/ Anschrift des Krankenhauses _____
 (Bitte das histologische Ergebnis in Kopie mit einreichen.)
- Operation geplant bzw. angeraten, für wann? _____ (Monat/Jahr)
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/Jahr)
- Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

D522222

5. Wurde ein Allergietest durchgeführt?

- nein ja

Wurde eine Allergie festgestellt? nein ja

Wenn ja, worauf?

- Insektengift
 Tierhaare
 Gräser/ Pollen
 Arzneimittel
- Hausstaub/ Hausstaubmilbe
 Nahrungsmittel (z. B. Laktose, Gluten)
- Sonstige Stoffe (z. B. Metalle, Chemikalien): _____
- Stoffe, mit denen Sie beruflich in Berührung kommen: _____

6. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt
 Hautarzt
 Allergologe
 Psychologe
 Heilpraktiker
 sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

7. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein
 ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach §19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)