

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Hauterkrankungen

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
<p>1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich?)</p> <p><input type="checkbox"/> Schuppenflechte/Psoriasis <input type="checkbox"/> Neurodermitis/atopisches Ekzem/endogenes Ekzem <input type="checkbox"/> Urtikaria/Nesselsucht/Quaddelsucht <input type="checkbox"/> Milchschorf <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>2. An welchen Körperstellen treten die Reizungen/Irritationen/o.Ä. auf?</p> <p><input type="checkbox"/> gesamter Körper (generalisiert) <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Hände <input type="checkbox"/> Kniegelenke <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>3. Wie ist der Umfang zu bemessen?</p> <p><input type="checkbox"/> 1€-Stück groß <input type="checkbox"/> 2€-Stück groß <input type="checkbox"/> bis 5cm groß <input type="checkbox"/> über 5cm groß <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>4. Haben/Hatten Sie Gelenkbeschwerden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nähere Angaben: _____</p> <p>5. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft</p>		<p><input type="checkbox"/> Untersuchungen: Welche: _____ Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungen</p> <p><input type="checkbox"/> Balneophototherapie Zeitraum: _____ Anzahl: _____</p> <p><input type="checkbox"/> UV-Bestrahlung Zeitraum: _____ Anzahl: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>6. Fand eine stationäre Behandlung statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeratenwann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>7. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>8. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p>9. Besteht Behandlungsfreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p>10. Besteht Beschwerdefreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p>	

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte 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 des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre