



# Selbstauskunft Hauterkrankungen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort	
Behandelt wegen			
1. Wie lautet die ärztliche Diagnose?	<input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Warzen <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Flechte <input type="checkbox"/> Rosacea <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar		
	<input type="checkbox"/> Vitiligo <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung <input type="checkbox"/> Psoriasis /Schuppenflechte <input type="checkbox"/> Hautpilzerkrankung <input type="checkbox"/> Herpes, und zwar <input type="checkbox"/> Verbrennung Grad:		
2. Sind die Ursachen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
3. Welche Beschwerden bestehen?	<input type="checkbox"/> Schuppung <input type="checkbox"/> Rötungen <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Eiterbildung <input type="checkbox"/> Blasen- und Knotenbildung <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar		
4. Welche Körperteile sind bzw. waren betroffen?			
5. Wie groß sind oder waren die betroffenen Stellen?	von	cm	bis
			cm
6. Um welche Form der Erkrankung handelt es sich?	<input type="checkbox"/> akute Form <input type="checkbox"/> chronische Form		
7. Bestehen Organ und/oder Gelenksbeteiligungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Organbeteiligung <input type="checkbox"/> ja, beides <input type="checkbox"/> ja, Gelenksbeteiligung		
8. Bestehen Folgen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, sichtbare Narben <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
9. Welche Behandlungen wurden durchgeführt? (ggf. Entlassungsbericht beifügen)			
10. Wo wurden die Behandlungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ambulante Praxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere, und zwar <input type="checkbox"/> (Klima) Kuranstalt		
11. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?	Name		
	Dosierung		
	Zeitraum/Dauer		
12. Wann fand die letzte Behandlung statt?			
13. Besteht aktuell	Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
	Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
14. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Bitte Namen und Anschrift angeben)			
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)		