

# Fragebogen: Hauterkrankungen

**Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:**

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

**1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?**

<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"/> Gürtelrose	<input type="checkbox"/> Fuß-/Nagelpilz
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<input type="checkbox"/> Muttermale

**2. An welchen Körperstellen treten die Reizungen/Irritationen/o.ä. auf?**

<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"/> Fuß	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			

**3. Wie ist der Umfang zu bemessen?**

<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: _____			

**4. Welche Beschwerden sind aufgetreten und in welchem Ausmaß?**

**5. Haben/Hatten Sie Gelenkbeschwerden?**

Ja | nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Nein

**6. Fanden ambulante Behandlungen statt?**

Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nein

**7. Welche Behandlungen fanden statt (z.B. Lichttherapie)? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)**

Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

Untersuchungen

welche	Ergebnis
--------	----------

Sonstiges: \_\_\_\_\_



# Fragebogen: Hauterkrankungen

B

## 8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja
  OP | Datum der OP: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
 OP angeraten | wann: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja
  Aufenthalt | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 11. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein

## 12. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_  Nein