

Selbstauskunft: 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?

4.1. Wie oft tauchen die Beschwerden auf? (evtl. situationsbedingt/stressbedingt)

5. Haben/Hatten Sie Gelenkbeschwerden?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | nähere Angaben: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

6. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | von: _____ bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

Selbstauskunft: Hauterkrankungen

B

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

Medikation

Name

Dosierung

Einnahme seit

abgeschlossen seit: _____ dauerhaft

Untersuchungen

welche

Ergebnis

Sonstiges: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift