

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

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Neurodermitis	Akne	Kontaktekzem
Hautpilz	Muttermal	
Urtikaria (Nesselsucht):	ohne Quincke-Ödem	mit Quincke-Ödem Wann <input type="text"/> wie oft?
Psoriasis (Schuppenflechte):	mit Gelenkbeteiligung	ohne Gelenkbeteiligung
Hauttumor:	gutartig	bösartig: (Bezeichnung?)
Sonstige:		

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Hautausschlag	Juckreiz	Hautempfindlichkeit
Hauttrockenheit	Hauteinrisse	Hautschuppen
Pickel, Papeln	Eitrige Pusteln/Blasen	Narben
Sonstige:		

3. Welche Körperteile sind oder waren von der Erkrankung betroffen?

Hände	Gesicht	Kopf
Ellenbogen	Knie	Der ganze Körper
Andere Stellen:		

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig saisonal von: bis: schubweise | wie oft? ganzjährig

Wann erstmals? Wann zuletzt?

5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Salben / Cremes: kortisonhaltig nicht kortisonhaltig

Medikamente: von: bis:

In welcher Dosierung? täglich (mal am Tag) saisonal von: bis: mal im Jahr

6. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>

7. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann: Welche? Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt? Ja | welches? Nein

Ergebnis des Gewebefundes? gutartig bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

B

8. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Desensibilisierung

Bestrahlung

Sonstige:

Ja | von: bis:

Ergebnis?

mit Erfolg

ohne Erfolg

Nein

9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Belastungseinschränkungen, störende Narben, Schmerzen)?

Ja | welche?

Nein

11. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

12. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

13. Gibt es Auslöser/Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können (z. B. Feuchtarbeiten, hautreizende Stoffe)?

Ja | welche?

Nein

14. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Handschuhe, Hautschutzsalbe)?

Ja | welche?

Nein

15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person