

Fragebogen (Haut)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. **Wie wurde die Erkrankung bezeichnet?** (z. B. Allergie, Neurodermitis, Ekzem, Muttermal, Tumor, Schuppenflechte, Nesselsucht)

Diagnose?

2. **Art der Beschwerden?** (z. B. Ausschlag, Juckreiz, Entzündung, Eiterung, Rötung, Blasenbildung, Schuppung, Knotenbildung)

3. **Welche Körperstellen sind betroffen?**

☐ gesamter Körper ☐ Kopf ☐ Gesicht ☐ Ellenbogen ☐ Hände ☐ Knie

Sonstige:

Sind andere Gelenke betroffen?

☐ nein

☐ ja

Besteht/bestand ein Ödem?

☐ nein

☐ ja

4. **Was ist Ihnen als Ursache bekannt?**

☐ innere Ursachen (z. B. Infektionen, Stress)

☐ äußere Ursachen (z. B. allergische Reaktionen, berufliche Faktoren)

5. **Wie oft treten die Beschwerden auf?**

☐ einmalig, wann

☐ wiederholt, wann zuletzt?

☐ andauernd, seit wann?

6. **Wann erfolgten Behandlungen?**

ambulant

von – bis

Name und Fachgebiet des Arztes, Physiotherapeuten, Heilpraktikers

stationär

von – bis

Name des Krankenhauses

Heilstätten, Kur

von – bis

Name der Kurklinik

Fragebogen (Haut)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

7. Art der Behandlungen

Medikamente, Spritzen, Bäder oder Salben?

☐ nein Welche?

☐ ja

Operativ?

☐ nein

☐ ja

Röntgen- oder Lichtbestrahlung?

☐ nein

☐ ja

Konnte eine Bösartigkeit ausgeschlossen werden?

☐ nein

☐ ja

Haben Sie die Behandlung abgeschlossen?

☐ nein

☐ ja

8. Weitere Untersuchungen?

☐ nein Welche?

Wann?

☐ ja

9. Sind Folgen oder Beschwerden zurückgeblieben?

☐ nein

Völlige Beschwerdefreiheit besteht seit?

☐ ja

Welche?

10. Nehmen Sie noch Medikamente?

☐ nein

Welche?

Menge?

Wie oft?

☐ ja

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

11. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an oder wurde dieser ärztlich angeraten?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

12. Beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/ oder Erwerbsunfähigkeit und/ oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?

13. Besteht wegen der o.a. oder einer anderen Erkrankung Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit von mehr als zwei Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre?

☐ nein

Diagnose?

von – bis

☐ ja