Netfonds AG

Medizinische Selbstauskunft

über Hauterkrankungen

Antragsteller: _____ Mitgl.-/Bearb.-Nr.:_____

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen _____

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt)
2. Welche Art von Beschwerden bestehen oder bestanden?
3. Wann traten diese Beschwerden erstmals auf?
4. Zu welchen Zeiten traten sie auf?
   ☐einmalig
   ☐schubweise, wann zuletzt?_____
   ☐ganzjährig

   An welchen Körperstellen?
   ☐Gesicht ☐Knie/Armbeugen
   ☐Rumpf ☐sonstige Stellen
   ☐Kopf wo? _____
   ☐Hände
   Größe der einzelnen Stellen?_____
5. Hat sich die Größe der betroffenen Stellen innerhalb der letzen 3 Jahre verändert? ☐nein ☐ja:
   (größer/ kleiner?) _____
6. Sind Organe oder Gelenke beteiligt? ☐ nein ☐ ja, welche?_____
7. Befinden oder befanden Sie sich wegen dieser Erkrankung in medizinischer Behandlung?
   ☐ keine Behandlung ☐ einmalig am _____
   ☐ einmal jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ öfter _____x jährlich zuletzt am
8. Wie werden oder wurden Sie behandelt?
   ☐ keine Behandlung ☐ Salben/Umschläge, Präparatname:_____
   ☐ Bestrahlung/Lichttherapie ☐ Kuraufenthalt, wann? Wo?_____
   ☐ Desensibilisierung, wann?_____ ☐ Antiallergikum, Präparatname:_____
   ☐ Operation, wann?_____ ☐ Medikamente, Präparatname: _____
   ☐ sonstige Behandlung, welche? _____
9. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?
   ☐ ja, seit wann? _____ ☐ nein, Art der Beschwerden? _____
10. Sind noch Behandlungen angeraten bzw. notwendig?
    ☐ nein ☐ ja, welche Therapieform? _____
11. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Hauterkrankungen arbeitsunfähig?
    ☐ nein ☐ ja, von wann bis wann? _____
12. Welcher Behandler (Arzt, Heilpraktiker etc.) kann Auskunft geben? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

_____ _____

Datum Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person