

Fragebogen: Hauterkrankungen

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

Ort, Datum

Unterschrift Kunde