

## Fragebogen Psyche

### Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

☐ männlich

☐ weiblich

Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

### Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen**?

- |                                                                                             |                                                             |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depressionen                                                       | <input type="checkbox"/> Essstörung Magersucht (Anorexie)   | <input type="checkbox"/> Manie              |
| <input type="checkbox"/> Angststörung                                                       | <input type="checkbox"/> Essstörung Brechsucht (Bulimie)    | <input type="checkbox"/> ADHS               |
| <input type="checkbox"/> Panikstörung                                                       | <input type="checkbox"/> andere Essstörung                  | <input type="checkbox"/> Belastungsreaktion |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie                                                      | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme                                                    | <input type="checkbox"/> Suizidversuch                      |                                             |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankungen (bitte diese hier angeben) |                                                             |                                             |

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

**Genaue medizinische Diagnose**

**Beginn**  
(MM.JJJJ)

**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden  
und welcher Art?



Bestehen **Folgen** der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja Welche?

**Genaue medizinische Diagnose****Beginn**  
(MM.JJJJ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wie oft bestanden die Beschwerden  
und welcher Art?Bestehen **Folgen** der Erkrankung? ☐ nein ☐ ja Welche? \_\_\_\_\_**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Behandlungen**Wurden Sie zuletzt **ambulant psychotherapeutisch oder psychologisch** behandelt? ☐ nein ☐ jaBeginn (MM.JJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Ende (MM.JJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wegen welcher Symptome/Beschwerden/Fragestellung? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis (abgeschlossene oder laufende Behandlung usw.)? \_\_\_\_\_

**Psychotherapie**Erfolgte bereits früher eine **Psychotherapie**? ☐ nein ☐ jaBeginn (MM.JJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Ende (MM.JJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wegen welcher Symptome/Beschwerden/Fragestellung? \_\_\_\_\_

**andere  
Behandlungen**Erfolgte bei Ihnen Ergotherapie, **Logopädie, Soziotherapie, Beschäftigungstherapie** oder eine **ähnliche Übungsbehandlung**?☐ nein ☐ ja Welche? \_\_\_\_\_Beginn (MM.JJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Ende (MM.JJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Auf Grund welcher Diagnose? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis (abgeschlossene oder laufende Behandlung usw.)? \_\_\_\_\_

**Selbstmordversuch**Haben Sie einen **Selbstmordversuch** unternommen?☐ nein ☐ ja, bitte ungefähren Zeitraum angeben \_\_\_\_\_Wurden Sie deswegen ärztlich behandelt? ☐ nein ☐ jaWar das Ihr erster Selbstmordversuch? ☐ nein ☐ ja

Wenn nein, wann erfolgten frühere Selbstmordversuche? (bitte ungefähren Zeitraum angeben) \_\_\_\_\_

**Missbrauch und  
Abhängigkeit**Liegen oder lagen bei Ihnen der **Missbrauch oder die Abhängigkeit** von Alkohol oder die Einnahme von Drogen, Medikamenten oder anderen suchterzeugenden Stoffen vor? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bitte nennen Sie die eingenommenen Stoffe \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie den Umfang, die Behandlungen und machen Angaben zum zeitlichen Verlauf der Abhängigkeit!

---



---



---



---



---

**Blut- und Laborwerte**Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? ☐ nein ☐ ja (ggf. Fotokopie beifügen)

| Art des Wertes | Wert  | Datum (MM.JJJJ)<br>(ggf. ungefährer Zeitpunkt)                                                      |
|----------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <hr/>          | <hr/> | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |
| <hr/>          | <hr/> | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |
| <hr/>          | <hr/> | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |

**Untersuchungen/  
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- |                                                                              |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. Ultraschalluntersuchung                                                   | 5. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2. Punktion Nervenwasser (Liquor)                                            | 6. Computertomographie (CT)                         |
| 3. Hirnstromableitung (EEG)                                                  | 7. Kernspin (MRT)                                   |
| 4. Röntgenuntersuchung                                                       | 8. Elektrokonvulsionstherapie (EKT)                 |
| 9. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben) |                                                     |

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme**

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme****Medikamente**Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?Name des Medikaments 

---

| Einnahme Beginn<br>(MM.JJJJ) | ggf. Einnahme Ende<br>(MM.JJJJ) | Dosis |
|------------------------------|---------------------------------|-------|
|------------------------------|---------------------------------|-------|

Name des Medikaments 

---

| Einnahme Beginn<br>(MM.JJJJ) | ggf. Einnahme Ende<br>(MM.JJJJ) | Dosis |
|------------------------------|---------------------------------|-------|
|------------------------------|---------------------------------|-------|

**Arbeitsunfähig**Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? ☐ nein ☐ ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

---



---

**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?☐ nein ☐ ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben Grund 

---



---

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren****Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur?**

Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

**Diagnose** \_\_\_\_\_Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Diagnose** \_\_\_\_\_Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Behandelnde Ärzte**Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zeitpunkt/Zeitraum      welche Untersuchung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Zusätzliche Angaben**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)☐ **alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben**☐ **es folgen noch Angaben**☐ **zusätzliche Angaben sind beigelegt****Anzahl Extrablätter** \_\_\_\_\_**Schlusserklärung und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)