

Genauere 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 ja

Beginn (MM.JJJJ) | | | | | | | | | | Ende (MM.JJJJ) | | | | | | | | | |

Wegen welcher Symptome/Beschwerden/Fragestellung? _____

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

PsychotherapieErfolgte bereits früher eine **Psychotherapie**? nein ja

Beginn (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.)? _____

SelbstmordversuchHaben 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 LaborwerteSind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (ggf. Fotokopie beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
_____	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								

**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)

_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								

Befund/Maßnahme**Medikamente**Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?**Name des Medikaments** _____**Einnahme Beginn**
(MM.JJJJ)**ggf. Einnahme Ende**
(MM.JJJJ)**Dosis**

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									_____

Name des Medikaments _____**Einnahme Beginn**
(MM.JJJJ)**ggf. Einnahme Ende**
(MM.JJJJ)**Dosis**

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									_____

ArbeitsunfähigWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

_____	_____
-------	-------

NotarztbehandlungErfolgte 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 beigefügt**

Anzahl Extrablätter _____

Schlussklärung und UnterschriftAlle 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)