Gothaer

AN215210

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?**

- ☐ Depressionen
- ☐ Angststörung
- ☐ Panikstörung
- ☐ Schizophrenie
- ☐ Alkoholprobleme
- ☐ Essstörung Magersucht (Anorexie)
- ☐ Essstörung Brechsucht (Bulimie)
- ☐ andere Essstörung
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Suizidversuch
- ☐ Manie
- ☐ ADHS
- ☐ Belastungsreaktion
- ☐ Suchterkrankung
- ☐ 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 ☐ ja

Beginn (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 ☐ 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.)?

Selbstmordversuch

Haben Sie einen **Selbstmordversuch** unternommen?

☐ nein ☐ ja, bitte ungefähren Zeitraum angeben _____

Wurden Sie deswegen ärztlich behandelt? ☐ nein ☐ ja

War 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) (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Untersuchungen/ Behandlungen

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

1. Ultraschalluntersuchung
2. Punktion Nervenwasser (Liquor)
3. Hirnstromableitung (EEG)
4. Röntgenuntersuchung
5. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)
6. Computertomographie (CT)
7. Kernspin (MRT)
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 (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

Name des Medikaments

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (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. ungefährer Zeitpunkt) | | | . | | | | | |

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer 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 _____

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)