

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**.

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?

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

(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

_____	_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
_____	_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
_____	_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

**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. ungefährender Zeitpunkt)

_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
-------	---------------------

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

_____	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
-------	---------------------

Befund/Maßnahme

MedikamenteWelche **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
-------------------------------------	--	--------------

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	_____
---------------------	---------------------	-------

ArbeitsunfähigkeitWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja
Diagnose Zeitraum (ggf. ungefährender 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**X**_____
Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)