

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

**Versicherungs-Nr.:**

---

Zu versichernde Person:

---

Geburtsdatum:

---

## Fragebogen zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (2)

1. Welche Krankheiten der Psyche (auch Angststörung, Essstörung, Schlafstörungen [mehr als 5-mal im Monat], Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Selbsttötungsversuch) bestehen oder bestanden **in den letzten 5 Jahren**?

---

---

---

---

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Ohnmacht, Lähmungen, Krämpfe, Gereiztheit, Verstimmungen, Traurigkeit, Wahnideen, Angstgefühle, Herzklopfen, Beklemmungen, Erschöpfungszustände, anhaltende Müdigkeit, Schlaflosigkeit)?  nein  ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. bestimmte Situationen, äußere Umstände, belastende Ereignisse) bekannt / aufgefallen?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

4. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? \_\_\_\_\_

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher? \_\_\_\_\_

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)

nein  ja

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

6. Wurden **in den letzten 5 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Liquoruntersuchungen) festgestellt oder Medikamentenspiegelbestimmungen durchgeführt?

nein  ja

**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? ...

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

7. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 5 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Psychotherapie/ Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

Welche? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

8. Hat sich Ihr Körpergewicht **in den letzten 5 Jahren** geändert?

nein  ja

Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?

\_\_\_\_\_

Wie viele kg in welchem Zeitraum?

\_\_\_\_\_

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung, Notarztbehandlung)?

nein  ja

Falls ja, welche Komplikationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann?

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

10. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig?  nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

11. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT]) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt?  nein  ja  
**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

12. Wurden **in den letzten 5 Jahren** Elektroenzephalogramme (EEG), testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleistungstests durchgeführt?  nein  ja  
**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

13. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?  nein  ja  
**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann zuletzt? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

14. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

□□□.□□□.□□□□□□

15. Sind Folgen der Erkrankungen zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Schlafstörungen, Nervosität, Verstimmungszustände, Angstzustände)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

16. Haben die Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?  nein  ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

---

---

---

18. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?  nein  ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

---

---

---

---

---

19. Sind psychische / psychosomatische Erkrankungen bei Verwandten 1. oder 2. Grades aufgetreten? (*Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankung nennen, nicht die betroffenen Personen.*)

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchem Alter jeweils?

---

---

---

20. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?

nein  ja

Falls ja, was?

---

Wie viel pro Tag?

---

Seit wann?

□□□.□□□.□□□□□

Bei Extrauchern: Bis wann?

□□□.□□□.□□□□□

21. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

---

---

---

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

---

---

---

---

---

---

