
Absender:

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zum Untergewicht

1. aktuelle Körpergröße?	_____ cm (ohne Schuhe)
2. aktuelles Körpergewicht ?	_____ kg (ohne Kleidung)
3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Gewichtszunahme ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewichtsabnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele kg in welchem Zeitraum?
4. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Essstörung (z.B. Erbrechen, unkontrollierte Aufnahme großer Nahrungsmengen, Heißhungeranfälle [Bulimie], Angst vor Übergewicht, Magersucht [Anorexia nervosa])?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? Wann zuletzt?
5. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Ess- oder Verdauungsstörung Medikamente ohne ärztliche Verordnung eingenommen (z.B. Abführmittel, Appetitzügler)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche? Wann jeweils?

<p>6. Nur bei Antragstellerinnen: Haben Sie regelmäßige Monatsblutungen (Menstruationen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>7. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Leberwerterhöhung oder eine Lebererkrankung (z.B. Fettleber) festgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, bitte nähere Angaben hierzu.</p>
<p>8. Wurde oder wird bei Ihnen eine Psychotherapie (z.B. Gesprächs- oder Verhaltenstherapie) durchgeführt oder ist eine solche geplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, Wie oft? _____mal von _____ bis _____</p> <p>Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:</p>
<p>9. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Was?</p> <p>Wie viel pro Tag? _____</p> <p>Seit wann? _____</p> <p>Bei Extrauchern: Bis wann? _____</p>
<p>10. Waren in den letzten 15 Jahren stationäre Krankenhausbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren, Anschlussheilbehandlungen) nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, warum und wann?</p> <p>Wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung)</p> <p>(Befunde bitte beilegen)</p>
<p>11. Waren Sie schon länger als 6 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?</p> <p>Wie oft?</p> <p>Wie lange?</p> <p>Wegen welcher Erkrankung?</p>

<p>12. Haben Sie aufgrund von Gewichtsproblemen, Gewichtsänderungen oder einer Essstörung Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Gegebenenfalls bitte Beiblatt benutzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift der Ärzte/Therapeuten: 1.) erstmals aufgesucht am: _____ zuletzt aufgesucht am: _____ 2.) erstmals aufgesucht am: _____ zuletzt aufgesucht am: _____</p>
<p>13. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes</p>
<p>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).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter</p>