

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. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?
(Bitte alle Behandlungen der letzten 5 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.) nein ja

erstmalig aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

erstmalig aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

5. 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 wöchentlich? _____

Psychotherapie/ Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? _____

6. Ist derzeit eine Therapie geplant oder angeraten? nein ja

7. 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?

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: | | | | . | | | | . | | | | | |

bis: | | | | . | | | | . | | | | | |

von: | | | | . | | | | . | | | | | |

bis: | | | | . | | | | . | | | | | |

9. 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? | | | | . | | | | . | | | | | |

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

Falls ja, welche?

11. 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)

x