

Zusatzklärung zum Krankenversicherungsantrag



Antrag vom:

Name/Vorname des Antragstellers:

Anschrift:

Person:

Vers.-Nr.:

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Psychische Erkrankung

1. Wie wurde die psychische Störung ärztlicherseits bezeichnet?

(Falls bekannt, bitte auch Einordnung nach ICD-10-Klassifikation angeben.)

b) stationäre Behandlungen:

- Von wann bis wann?
- Wo?
- Art der Therapie?

2. Von wann bis wann trat die psychische Beeinträchtigung auf?

5. Bei ambulanter Psychotherapie: Wie viele Sitzungen wurden durchgeführt?

Anzahl:

3. Wie äußerte sich die psychische Störung?

(z. B. Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Angst, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Denkstörungen oder körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Erregbarkeit, Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Lähmungen, Krämpfe, Schlafstörungen, Gewichtsveränderungen)

6. Wie war der Erfolg der Behandlung?

4. Wie wird bzw. wurde behandelt?

a) ambulante Behandlungen:

- Von wann bis wann?
- Wo?
- Art der Therapie (z. B. Verhaltens-, Gesprächs-, systemische Familientherapie, Psychoanalyse, Medikamente, etc.)?

7. Bestehen noch Beschwerden oder bestehen Folgen, die auf die psychische Störung zurückzuführen sind?

8. Welcher Arzt/Behandler/Therapeut kann Auskunft geben?

Bitte Namen und Anschrift(en) angeben:

Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.

Ort/Datum

Unterschrift