

## Selbstauskunft C 04 wegen

**Psychischer Beschwerden**    Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_    Kdn.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_    Geb.datum: \_\_\_\_\_

---

Mit dieser Selbstauskunft wollen wir uns zusätzliche Informationen zu den gemachten Angaben im Antrag beschaffen, damit wir kurzfristig ein individuelles Angebot unterbreiten können. Genaue Angaben ersparen Rückfragen. Manchmal hilft ein Telefonat mit dem Arzt / Therapeuten bei der Beantwortung der Fragen.

---

- 1.)    Wie lautet die genaue Diagnose?    \_\_\_\_\_  
**Genauere Angaben ersparen Rückfragen!**
- 2.)    Welche Beschwerden lagen / liegen vor?
- 2.a)    Beginn und Ende der Beschwerden?  
(mindestens Monat und Jahr bzw. laufend, wenn noch Beschwerden bestehen)    \_\_\_\_\_  
**Genauere Angaben ersparen Rückfragen!**
- 2.b)    Welches Ereignis löste die Symptomatik aus?  
(z.B.: Tod eines nahen Verwandten, Unfall)    \_\_\_\_\_
- 2.c)    Wie oft sind die Beschwerden aufgetreten?  
(z.B.: einmalig, wiederholt, andauernd)    \_\_\_\_\_
- 3.)    Welche Behandlungen finden / fanden statt?  
(z.B.: Welche Medikamente und Häufigkeit der Einnahme, stationär, Operation)    \_\_\_\_\_
- 3.a)    Beginn und Ende der Behandlung?    \_\_\_\_\_  
**Genauere Angaben ersparen Rückfragen!**
- 4.)    Erfolgt(e) eine Psychotherapie?     Ja             Nein
- 4.a)    Wenn ja, wie viele Sitzungen?    \_\_\_\_\_
- 4.b)    In welchem Zeitraum?(von - bis)    \_\_\_\_\_
- 5.)    Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor?     Ja             Nein
- 5.a)    Wenn ja, wie lange? (von - bis)    \_\_\_\_\_
- 6.)    Welcher Arzt / Therapeut könnte Auskunft erteilen? (Bitte Name und Anschrift)    \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7.)    Sind weitere Maßnahmen angeraten oder empfohlen? (z.B.: Operation, Kur, Kontrolle)     Ja             Nein
- 7.a)    Wenn ja, welche?    \_\_\_\_\_
- 8.)    Weshalb und wann fand der letzte Arzt- / Therapeutenbesuch statt?

---

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Mir ist bewusst, dass fehlerhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person (über 16 Jahre)