

Medizinische Selbstauskunft über psychische Erkrankungen

Antragsteller: _____

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen _____

1. Wie lautet die genaue Diagnose (soweit bekannt)? _____

2.1 Bitte geben Sie an, welche Art von Beschwerden / Symptomen Sie haben oder hatten

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Herzrasen oder
ähnliches | ☐ Angstzustände/
Panikattacken | ☐ Niedergeschlagenheit | ☐ Magen/Darmstörung |
| ☐ Antriebslosigkeit | ☐ Kopfschmerz/ Migräne | ☐ sonstiges, <u>bitte nachfolgend erläutern:</u> _____ | |
-

2.2 Durch welche Ursache traten/ treten die o. g. Beschwerden auf?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Beziehungsprobleme | ☐ Traumatisches Ereignis | ☐ Tod eines Angehörigen/
Verwandten |
| ☐ Emotionale Beeinträchtigung | ☐ sonstiges, <u>bitte nachfolgend erläutern:</u> _____ | |
-

2.3 Wann sind diese erstmals aufgetreten? _____

3. Welcher Psychologe/ Therapeut/ Neurologe hat Sie diesbezüglich behandelt? _____

3.1 Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen der oben genannten Diagnose arbeitsunfähig?

- ☐ nein ☐ ja, von wann bis wann? _____

4. Welche Art von Behandlungen/ Untersuchungen wurden durchgeführt?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Gesprächstherapie | ☐ Verhaltenstherapie | ☐ Neurologische
Abklärung | ☐ Kernspintomographie/
MRT |
| ☐ stationäre Therapie | ☐ Maltherapie | ☐ sonstiges, <u>bitte nachfolgend erläutern:</u> _____ | |
-

4.1 Von wann bis wann fanden/ finden o. g. Behandlungen/ Untersuchungen statt? Von _____ bis _____

Wie viele der o. g. Therapieeinheiten/ Sitzungen fanden insgesamt statt? _____

4.2 Wurden oder werden Medikamente eingenommen? ☐ nein ☐ ja, von wann bis wann? _____

Name und Dosierung: _____

Zu 4.: Bitte fügen Sie die Befund- und Verlaufsberichte Ihrer Behandler bei.

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: _____

Antrag/Anfrage vom: _____

5. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? ☐ nein ☐ ja, seit wann? _____

5.1 Wenn nein, welcher Art sind die Beschwerden? _____

6. Sind Sie jetzt behandlungsfrei? ☐ nein ☐ ja, seit wann? _____

6.1 Wenn nein, welcher Art sind die Behandlungen? _____

7. Sind weitere Maßnahmen/ Behandlungen angeraten? ☐ nein ☐ ja

7.1 Wenn ja, welcher Art und wann? _____

8. Welcher Arzt kann Auskunft geben? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meinen Gesundheitszustand verschwiegen zu haben.

Datum

Unterschrift Antragsteller und zu versichernde volljährige Person