

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu psychosomatischen und psychischen Störungen/Erkrankungen

<p>1. Welche Erkrankungen oder Störungen auf psychiatrischem oder psychosomatischem Gebiet bestehen oder bestanden?</p>	
<p>2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Ohnmacht, Lähmungen, Krämpfe, Erregbarkeit, Gereiztheit, Verstimmungen, Traurigkeit, Wahnideen, Angstgefühle, Herzklopfen, Beklemmungen, Erschöpfungszustände, anhaltende Müdigkeit, Schlaflosigkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Wann zuletzt? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Welche Beschwerden, in welchen Abständen?</p>
<p>3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. bestimmte Situationen, äußere Umstände, belastende Ereignisse, etc.) bekannt/aufgefallen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>

<p>4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja,</p> <p>1.) Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2.) Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>5. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie/ nuklearmedizinische Untersuchung oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>6. Wurden Elektroenzephalogramme (EEG), testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleistungstests durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>7. Auf welche Ursache ist das Leiden zurückzuführen?</p>	

<p>8. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren geändert?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, haben Sie zugenommen oder abgenommen?</p> <p>Wie viele kg in welchem Zeitraum?</p>
<p>9. Waren aufgrund der Beschwerden/der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus/stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses/der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>10. Wie wurde/wird ansonsten behandelt? Bitte legen Sie den Abschlussbericht des Therapeuten bei, wenn vorhanden oder für Sie verfügbar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Keine Behandlung <input type="checkbox"/> Antidepressivum</p> <p>Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmakon anderer Art</p> <p>Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Medikamente</p> <p>Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p> <p>Medikamentenname: _____ von : _ _ . _ _ . _ _ _ _ bis : _ _ . _ _ . _ _ _ _ Wie oft täglich? _____ _____</p>

<p>(Fortsetzung Frage 10)</p>	<p><input type="checkbox"/> Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Gesprächstherapie</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Therapien</p> <p>Welche? _____</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wie oft wöchentlich? _____</p>
<p>11. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Komplikationen und wann?</p>
<p>12. Haben Sie jemals an eine Selbsttötung oder Selbstverletzung gedacht, oder solche Versuche unternommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____</p> <p>Wann erstmals? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>Wann zuletzt? _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>13. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, Schlafstörungen, Nervosität, Verstimmungszustände, Angstzustände)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>14. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Falls ja, welchen?</p>

<p>15. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____mal</p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>von : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ bis : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>16. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit:</p>
<p>17. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände:</p>
<p>18. Bestand/besteht in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der o.g. Erkrankungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Erkrankung?</p>
<p>19. 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 Exrauchern: Bis wann? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

20. 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 der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter