

## Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## KRANKHEITEN

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen                            | <input type="checkbox"/> Essstörung Magersucht (Anorexie)   | <input type="checkbox"/> Manie              |
| <input type="checkbox"/> Angststörung                            | <input type="checkbox"/> Essstörung Brechsucht (Bulimie)    | <input type="checkbox"/> ADHS               |
| <input type="checkbox"/> Panikstörung                            | <input type="checkbox"/> Andere Essstörung                  | <input type="checkbox"/> Belastungsreaktion |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie                           | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme                         | <input type="checkbox"/> Suizidversuch                      |   |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Erkrankungen |   |   |

### Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung

Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt beantworten.

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? \_\_\_\_\_

Bestehen Folgen der Erkrankung?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? \_\_\_\_\_

Bestehen Folgen der Erkrankung?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein!

## UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

**Wurden Sie zuletzt ambulant psychotherapeutisch oder psychologisch behandelt?**  Nein  Ja

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wegen welcher Symptome/Beschwerden/Fragestellung? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis (abgeschlossene oder laufende Behandlung usw.)?

\_\_\_\_\_

**Erfolgte bereits früher eine Psychotherapie?**  Nein  Ja

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wegen welcher Symptome/Beschwerden/Fragestellung? \_\_\_\_\_

**Erfolgte bei Ihnen Ergotherapie, Logopädie, Soziotherapie, Beschäftigungstherapie oder eine ähnliche Übungsbehandlung?**

Nein  Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen) \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Aufgrund welcher Diagnose? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis (abgeschlossene oder laufende Behandlung usw.)?

\_\_\_\_\_

## SELBSTMORDVERSUCH

**Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen?**

Nein  Ja Datum (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wurden Sie deswegen ärztlich behandelt?  Nein  Ja

War das Ihr erster Selbstmordversuch?  Nein  Ja

Wenn **Nein**, wann erfolgten frühere Selbstmordversuche? (MM/JJ) \_\_\_\_\_

## MISSBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT

**Liegen oder lagen bei Ihnen der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol oder die Einnahme von Drogen, Medikamenten oder anderen suchterzeugenden Stoffen vor?**

Nein  Ja

Wenn **Ja**, bitte nennen Sie die eingenommenen Stoffe \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie den Umfang, die Behandlungen und machen Angaben zum zeitlichen Verlauf der Abhängigkeit!

**BLUT- UND LABORWERTE**

**Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte (Leberwerte, Hepatitisviren, etc.) bekannt?**

Nein  Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt

**WEITERE UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN**

**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen, bzw. wann sind diese geplant?**

- Ultraschalluntersuchung                       Punktion Nervenwasser (Liquor)                       Computertomographie (CT)  
 Hirnstromableitung (EEG)                       Kernspin (MRT)                       Röntgenuntersuchung  
 Elektrokonvulsionstherapie (EKT)                       Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)  
 Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden \_\_\_\_\_

Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt	Befund/Maßnahme

**MEDIKAMENTE**

**Welche Medikamente (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt etc.) sind bzw. wurden verordnet?**

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Einnahme Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Einnahme Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig?**  Nein  Ja

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung?  Nein  Ja

Wenn Ja, wann \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

### KRANKENHAUSAUFENTHALTE, REHAS UND KUREN

**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.**

Wenn Ja, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Wenn Ja, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

### BEHANDELNDE ÄRZTE

**Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt?** Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Zeitpunkt/-raum \_\_\_\_\_

Art der Untersuchung \_\_\_\_\_

### ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigelegt

Anzahl Extrablätter \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person