

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