

Fragebogen (Neurologische und psychische Erkrankungen)

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. **Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?** (z. B. Depression, Angststörung, ADS/ADHS, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Essstörung)
Diagnose?

Wodurch ist die Erkrankung verursacht worden? (z. B. Stress, Trauer/Verlust, andere Erkrankungen)

Wie äußert/äußerte es sich? (z. B. Angstzustände, Depressionen, Erschöpfung, Kopfschmerzen, Krämpfe, Schwindel, Ohnmacht, Lähmungen, Wahnvorstellungen, Schlafstörung, Konzentrationsstörungen, Sucht)

Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

☐ einmalig, wann?

☐ wiederholt, wann?

erstmalig

letztmalig

☐ andauernd, seit wann?

Anzahl der Abwesenheiten aufgrund der Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate in Tagen:

☐ keine

☐ ≤ 5 Tage

☐ 6 – 10 Tage

☐ 11 – 20 Tage

☐ > 20 Tage

2. **Art der Therapie/ Behandlung?**

☐ Psycho-/Verhaltenstherapien

Anzahl der Behandlungen

In welchen Zeitabständen?

☐ Entspannungstechniken

Medikamente

☐ nein

Name?

Tagesdosis?

☐ ja

3. **Wann erfolgten Behandlungen?**
ambulant

von – bis

Name und Fachgebiet des Arztes, Psychologen, Psychotherapeuten

stationär

von – bis

Name des Krankenhauses

Kuren, Heilstätten

von – bis

Name der Kurklinik

Fragebogen (Neurologische und psychische Erkrankungen)



unternehmensgruppe
assekuranz-finan-z-makler

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

4. Gegenwärtiger Zustand: Wurden Sie als geheilt entlassen?

☐ nein

Welche Beschwerden bestehen noch?

☐ ja, seit (Datum)

Nehmen Sie zurzeit noch Medikamente?

☐ nein

Welche?

Menge?

☐ ja

Wie oft?

☐ täglich

☐ wöchentlich

☐ monatlich

☐ bei Bedarf

5. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen oder beabsichtigt?

☐ nein

☐ ja

☐ einmalig

☐ mehrmals

Wann?

6. Trinken Sie Alkohol?

☐ nein

Was?

Menge?

Wie oft?

☐ ja

Hatten Sie jemals eine Alkoholberatung oder Behandlung?

☐ nein

Name und Anschrift des Arztes

☐ ja

7. Sind sie zurzeit noch in Behandlung von Ärzten, Psychologen oder ist eine Wiederaufnahme der Behandlung vorgesehen?

☐ nein

Name und Fachgebiet des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

Anzahl der Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten:

☐ ≤ 10

☐ > 10

Fragebogen (Neurologische und psychische Erkrankungen)



unternehmensgruppe
assekuranz-finanz-makler

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

8. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. wurde dieser ärztlich angeraten?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

9. Beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?

10. Besteht wegen der o. a. oder einer anderen Erkrankung Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit von mehr als zwei Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre?

☐ nein

Diagnose?

von – bis

☐ ja