

Fragebogen: Psychische Erkrankungen

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | | |
|--------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Depression | Depressive Episode | Burnout Syndrom | Anpassungsstörung |
| Angststörung | Panikstörung | Neurasthenie | Biopolare affektive Störung |
| Zwangneurose | Somatisierungsstörung | Borderlinestörung | Chronisches Erschöpfungssyndrom |
| ADHS | Essstörung (Anorexie/Bulimie) | Depressive Verstimmung | Posttraumatische Belastungsstörung |
| Psychose | Persönlichkeitsstörung | Schizophrenie | Chronisches Schmerzsyndrom |
| Sonstige: | | | |

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

- | | | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| Antriebslosigkeit | Schlafstörungen | Angst-/Panikattacken | Schlaflosigkeit |
| Errgebarkeit | Gereiztheit | Emotionslosigkeit | Sozialer Rückzug |
| Müdigkeit | Erschöpfung | Traurigkeit | Wutanfälle |
| Beklemmungen | Kopfschmerzen | Krämpfe | Konzentrationsstörungen |
| Innere Unruhe | Zwanghaftes Verhalten | Lähmungen | Stimmenhören |
| Essstörungen | Luftnot | Ohnmacht | Schmerzen der Gelenke |
| Sucht/Abhängigkeit | Herzstiche | Schwindel | Zittern |
| Sonstige: | | | |

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)? andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. bestimmte Situationen, äußere Umstände, belastende Ereignisse)?

Ja | welche? Nein

5. Haben Sie jemals an eine Selbsttötung oder Selbstverletzung gedacht?

Ja | in welchem Zeitraum? Nein

6. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?

Ja | wann? Nein

7. Welche Behandlungen/Therapien werden oder wurden durchgeführt?

Keine Medikamente: In welcher Dosierung? täglich bedarfsweise

von: bis:

Verhaltenstherapie

Psychotherapie

Sonstige Therapien:

von: bis: Anzahl der Sitzungen: In welchen Abständen?

B

8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name: Name:
 Anschrift: Anschrift:
 Behandlungszeitraum | von: bis: Behandlungszeitraum | von: bis:

9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann: Wie lange? Nein
 Name der Einrichtung:
 Anschrift:
(Bitte Befund beifügen)

10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B: Schlafstörungen, Nervosität, Verstimmungszustände, Angstzustände)?

Ja | welche? Nein

11. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis: Ja | von: bis: Nein

12. Besteht oder bestanden in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der o. g. Erkrankungen?

Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen.

Ja | welche? Nein

13. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen? Nein

14. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?

Schichtdienst hohe Arbeitsbelastung Reisetätigkeit Nein
 unregelmäßige Arbeitszeiten Tätigkeit auch am Wochenende
 Sonstige:

15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels: Nein
 Früherer Beruf:
 Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person