

Fragebogen Psychosomatik/Psychie

Versicherungs-Nr.: Zu versichernde Person:	Bitte zurücksenden an: Hannoversche Lebensversicherung AG 30177 Hannover																		
BAS 8176																			
Uns ist es wichtig, Ihren Antrag möglichst schnell und effizient zu bearbeiten. Durch die Beantwortung des Fragebogens helfen Sie uns dabei, denn so können wir meist auf zeitaufwendige und kostenpflichtige Arztanfragen verzichten.																			
1. Welche psychischen Erkrankungen wurden diagnostiziert? (Bitte ICD-10-Diagnose angeben)	Bezeichnung: _____ Wann/Seit: _____ (Monat/Jahr)																		
2. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schlafstörungen</td> <td><input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen</td> <td><input type="checkbox"/> Schwindel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erhöhte Ermüdbarkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen</td> <td><input type="checkbox"/> Traurigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gewichtsverlust</td> <td><input type="checkbox"/> Panikattacken</td> <td><input type="checkbox"/> Angstzustände</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Interessenverlust</td> <td><input type="checkbox"/> Freud-/Lustlosigkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Antriebsmangel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen</td> <td><input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken</td> <td><input type="checkbox"/> Halluzinationen</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Erhöhte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Interessenverlust	<input type="checkbox"/> Freud-/Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> Antriebsmangel	<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel																	
<input type="checkbox"/> Erhöhte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> Traurigkeit																	
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> Angstzustände																	
<input type="checkbox"/> Interessenverlust	<input type="checkbox"/> Freud-/Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/> Antriebsmangel																	
<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> Halluzinationen																	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																			
3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?	_____																		
4. Wie viele Krankheitsepisoden haben Sie in den letzten 10 Jahren gehabt?	<input type="checkbox"/> Eine Episode <input type="checkbox"/> Zwei Episoden <input type="checkbox"/> Mehr als zwei Episoden																		
5. Welche Therapie wurde oder wird durchgeführt?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung</td> <td style="width: 70%;"> Zeitraum (von-bis): _____ (Monat/Jahr) Präparat(e): _____ Dosis: _____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie Psychotherapie</td> <td> Zeitraum (von-bis): _____ (Monat/Jahr) Anzahl der Sitzungen: _____ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung	Zeitraum (von-bis): _____ (Monat/Jahr) Präparat(e): _____ Dosis: _____	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie Psychotherapie	Zeitraum (von-bis): _____ (Monat/Jahr) Anzahl der Sitzungen: _____														
<input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung	Zeitraum (von-bis): _____ (Monat/Jahr) Präparat(e): _____ Dosis: _____																		
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie Psychotherapie	Zeitraum (von-bis): _____ (Monat/Jahr) Anzahl der Sitzungen: _____																		
6. Wurde eine stationäre Behandlung in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Wann: _____ Name/Anschrift des Krankenhauses/Kuranstalt: _____ Bitte fügen Sie eventuell vorhandene Befundberichte bei.																		
7. Wurde eine Rehabehandlung in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Wann: _____ Name/Anschrift des Krankenhauses/Kuranstalt: _____ Bitte fügen Sie eventuell vorhandene Befundberichte bei.																		
8. Besteht hinsichtlich der psychischen Erkrankung Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann: _____ (Monat/Jahr)																		
9. Besteht oder bestand ein Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Wann: _____ (Monat/Jahr) Welche Substanzen: _____																		
10. Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wann? _____																		
11. Waren Sie wegen der genannten psychischen Störung in den letzten 10 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: _____ (Monat/Jahr)																		
12. Welche Ursachen können Sie für die Beschwerden nennen (z.B. berufliche, familiäre Probleme, Stress, Mobbing)? Sind die Ursachen inzwischen behoben?	_____																		

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort · Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------------	--