

Fragebogen Psychosomatik/Psyche

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Welche psychischen Erkrankungen wurden diagnostiziert? (Bitte ICD-10-Diagnose angeben)

Bezeichnung:

Seit wann? (Monat/Jahr)

2. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- Schlafstörungen
- Konzentrationstörungen
- Schwindel
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Depressive Verstimmungen
- Traurigkeit
- Gewichtsverlust
- Panikattacken
- Angstzustände
- Interessenverlust
- Freud-/Lustlosigkeit
- Antriebsmangel
- Wahnvorstellungen
- Selbstmordgedanken
- Halluzinationen
- Sonstiges:

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

(Monat/Jahr)

4. Wie viele Krankheitsepisoden haben Sie in den letzten 10 Jahren gehabt?

- Eine Episode Zwei Episoden Mehr als zwei Episoden

5. Welche Therapie wurde oder wird durchgeführt?

- Keine
 medikamentöse Behandlung

Präparat(e)

Dosis

von (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

Präparat(e)

Dosis

von (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

Präparat(e)

Dosis

von (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

- Verhaltenstherapie Psychotherapie

von (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

Anzahl der Sitzungen

6. Wurde eine stationäre Behandlung in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung durchgeführt?

- Nein Ja, machen Sie bitte nähere Angaben.

Wann? (Monat/Jahr)

Name/Anschrift des Krankenhauses/Kuranstalt

Bitte fügen Sie eventuell vorhandene Befundberichte bei.

Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).

Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.

7. Wurde eine Rehabehandlung in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung durchgeführt?

Nein **Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben.

Wann? (Monat/Jahr)

Name/Anschrift des Krankenhauses/Kuranstalt

Bitte fügen Sie eventuell vorhandene Befundberichte bei.

8. Besteht hinsichtlich der psychischen Erkrankung, auch unter Mithilfe von Medikamenten und/oder Therapien, Beschwerdefreiheit und/oder ein stabiler Zustand?

Nein **Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben.

Wann? (Monat/Jahr)

9. Besteht oder bestand ein Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?

Nein **Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben.

Wann? (Monat/Jahr)

Welche Substanzen?

10. Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen?

Nein **Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben.

Wann? (Monat/Jahr)

11. Waren Sie wegen der genannten psychischen Störung in den letzten 10 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein **Ja**, machen Sie bitte nähere Angaben.

Wann? (Monat/Jahr)

12. Welche Ursachen können Sie für die Beschwerden nennen (z.B. berufliche, familiäre Probleme, Stress, Mobbing)?

Sind die Ursachen inzwischen behoben?

Nein **Ja**

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 versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover