

## Fragebogen Psyche

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlussklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

### Krankheiten

1. Welche psychische(n) Erkrankung(en) bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- Depression
  - leicht                       mittelschwer                       schwer
- Angst-/Panikstörung (Phobie)                       soziale Phobie
- Zwangsstörung                       Anpassungsstörung
- Erschöpfung/Überlastung/Stress/Burn-out                       Chronisches Müdigkeits-Syndrom (Fatigue Syndrom)
- akute Belastungsstörung                       posttraumatische Belastungsstörung
- bipolare Störung                       Schizophrenie                       Manie
- Persönlichkeitsstörung und zwar \_\_\_\_\_
- Magersucht (Anorexie)                       Brechsucht (Bulimie)
- andere Essstörung und zwar \_\_\_\_\_
- ADHS/ADS                       Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol
- Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten
- Drogenkonsum und zwar \_\_\_\_\_
- somatoforme Störungen                       Schmerzsyndrom
- andere und zwar \_\_\_\_\_

### Beschwerden

2. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- gedrückte Stimmung/Freudlosigkeit                       Interessenverlust
- Schlafstörungen                       Schuldgefühle
- vermindertes Selbstwertgefühl                       Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen
- gestörte Impulskontrolle                       ausgeprägte Müdigkeit/Energielosigkeit
- Gewichtsveränderungen                       Wahnvorstellungen/Halluzinationen
- selbstverletzendes Verhalten                       Selbstmordgedanken/Suizidalität
- andere und zwar \_\_\_\_\_

Wie oft sind die Beschwerden aufgetreten?

einmalig, zuletzt am \_\_\_\_\_

mehrmalig, zuletzt am \_\_\_\_\_

andauernd

Haben Sie einen Selbstmordversuch unternommen?

Nein  Ja

### Ursache

3. Welche Ursache liegt der psychischen Erkrankung zu Grunde?

Prüfungsangst

Krankheit/Tod eines Familienangehörigen

Trennung

Mobbing

andere und zwar \_\_\_\_\_

### Medikamente

4. Nehmen Sie **derzeit** aufgrund der psychischen Erkrankung Medikamente ein?

Nein

Ja und zwar \_\_\_\_\_

als Bedarfsmedikation

als Dauermedikation

Haben Sie **in der Vergangenheit** aufgrund der psychischen Erkrankung Medikamente eingenommen?

Nein

Ja und zwar \_\_\_\_\_

als Bedarfsmedikation

als Dauermedikation

Einnahme beendet am \_\_\_\_\_

### Untersuchungen/ Behandlungen

5. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der psychischen Erkrankung erfolgt oder geplant?

Hausärztliche Untersuchung/Behandlung

Probatorische Sitzungen ohne anschließende Therapie

Therapie bei Psychologe/Psychotherapeut

Computertomographie (CT)

Elektrokrampftherapie

Hirnstrommessung (EEG)

Kernspin (MRT)

Laboruntersuchung

Elektrokardiographie (EKG)

Reha/Kur

Entzug/Entwöhnung

andere und zwar \_\_\_\_\_

### Behandler

6. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.**

**Arbeitsunfähigkeiten**

7. Waren Sie aufgrund der psychischen Erkrankung **arbeitsunfähig**?

Nein     Ja, Zeitraum \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben**

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

---

---

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigefügt wurden.

**Schlusserklärung  
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen  
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)