

Fragebogen Abhängigkeit

Zu versichernde Person:	
1. Welche Stoffe nehmen oder nahmen Sie regelmäßig zu sich?	<input type="checkbox"/> Medikamente Art?: _____ Menge/Häufigkeit?: _____ <input type="checkbox"/> Alkohol Art?: _____ Menge/Häufigkeit?: _____ <input type="checkbox"/> Drogen Art?: _____ Menge/Häufigkeit?: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges Art?: _____ Menge/Häufigkeit?: _____
2. Welche Beschwerden/Symptome traten auf?	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Herzjagen <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
3. Falls Sie deshalb ärztlich behandelt wurden, wie nannte der Arzt die Erkrankung?	
4. Wann haben Sie die Stoffe erstmalig konsumiert?	
5. Wann zuletzt?	
6. Welche Aussagen treffen zu?	<input type="checkbox"/> Ich nehme seit _____ Jahren überhaupt keine Drogen/Alkohol/Medikamente mehr zu mir. <input type="checkbox"/> Ich nehme nur noch bei Feierlichkeiten Drogen/Alkohol/Medikamente zu mir. <input type="checkbox"/> Ich habe die Drogen/Alkohol/Medikamenteneinnahme deutlich reduziert. (Bitte Unzutreffendes streichen)
7. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Falls ja, wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Fanden Kur-, Krankenhaus- oder Entwöhnungsbehandlungen statt? Falls ja, wann, wie lange und wo?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE) oder ein Behinderungsgrad (GdB)? Falls ja, um wieviel Prozent?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Zusätzliche Angaben	

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.

Ort · Datum

Unterschrift der zu versichernden Person