

Fragebogen Fibromyalgie



Zusatzklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein
Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wie oft und in welchem Zeitraum kommt es zu Beschwerden?	

Fragebogen Fibromyalgie



9. Haben Sie an psychischen/psychosomatischen Beschwerden gelitten? Wenn ja, wann, wie lange, nähere Angaben?	<input type="checkbox"/> ja, von bis..... <input type="checkbox"/> nein
10. Besteht bzw. bestand eine Bewegungseinschränkung? Wenn ja, wo, wann?	<input type="checkbox"/> ja, von bis..... <input type="checkbox"/> nein
11. Erfolgt spezielle Untersuchungen und/oder Tests? Wenn ja, wann, welche, Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
12. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag bzw. einen Rentenanspruch gestellt?	<input type="checkbox"/> ja, GdB / MdE: <input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt am:
13. An welchen Fibromyalgiedruckpunkten haben/hatten Beschwerden und wann erstmalig aufgetreten?	
14. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
15. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von.....bis.....

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers