

Psychosomatischer Beschwerdekomples

Versicherungs-Nr.:			
Antragsteller zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)		Name, Vorname	
1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?			
2. Unter welchen Beschwerden / Symptomen haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch?			
Symptome	ja / nein		Dauer oder Zeitraum
Herzjagen, Schwindel, Herzstiche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
Magen- Darmstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: / von bis
..... (sonstige)			seit: / von bis
..... (sonstige)			seit: / von bis
..... (sonstige)			seit: / von bis
3. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?		<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein	
4. Sind Rückfälle aufgetreten? Wann?		<input type="checkbox"/> ja am <input type="checkbox"/> nein	
5. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, wann? Welche? Dosierung?		<input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit Dosierung:			
<input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit Dosierung:			
<input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit Dosierung:			
6. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Art Menge pro Tag	
		Art Menge pro Tag	
		Art Menge pro Tag	



Psychosomatischer Beschwerdekomples

<p>7. 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?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>8. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>9. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">von bis</p> <p style="text-align: center;">von bis</p>
<p>10. Fanden stationäre Krankenhausbehandlungen oder Kuraufenthalte statt? Wenn ja, wann und wo?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, von bis <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>11. Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden nennen? (z.B. berufliche oder innerfamiliäre Probleme, starken Stress o.ä.)</p> <p>Wenn ja, sind diese Ursachen inzwischen behoben oder besteht die Aussicht auf Besserung? Falls ja, bitte nähere Erläuterung.</p>	
<p>12. Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen? (Bitte hierzu nähere Angaben: wann, wie oft?)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>13. Zusätzliche Angaben:</p>	

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers