

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Psychische Beschwerden

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. An welcher Erkrankung leiden/ litten Sie?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Burnout | <input type="checkbox"/> Angststörung | <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> akute Belastungsreaktion |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> akute Trauerreaktion | <input type="checkbox"/> Mobbing |
| <input type="checkbox"/> bipolare affektive Störung (manisch depressive Episoden) | | | <input type="checkbox"/> Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> Phobie, wogegen?: _____ | | | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung |
| <input type="checkbox"/> postnatale Depression (Wochenbettdepression) | | | <input type="checkbox"/> Borderline |
| <input type="checkbox"/> somatoforme Störung (körperliche Beschwerden) | | | <input type="checkbox"/> Zwangsneurose (z. B. Waschzwang) |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) | | | |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADS/ADHS) | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | | |

3. Welche Beschwerden/ Symptome traten bzw. treten auf?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Grübeln |
| <input type="checkbox"/> Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Aggression/ Wut | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | |

4. Die Erkrankung(en)/ Beschwerden treten bzw. traten auf:

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr) Dauer: _____ (Tage/ Wochen)
- Wiederholt, erstmalig? _____ (Monat/ Jahr)
Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
- Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

5. Bitte nennen Sie die Ursache für Ihre Beschwerden.

6. Wie wurden oder werden Sie behandelt?

- keine Behandlung
 Behandlung nur durch den Hausarzt, Name, Anschrift: _____
 Medikament(e), Dosierung: _____ x täglich Zeitraum (von-bis): _____
 Präparatename(n): _____
 Verhaltenstherapie: Anzahl der Sitzungen: _____ Zeitraum (von-bis): _____
 Name und Anschrift des Arztes/ Therapeuten: _____
 Psychotherapie: Anzahl der Sitzungen: _____ Zeitraum (von-bis): _____
 Name und Anschrift des Arztes/ Therapeuten: _____
 Traumatherapie: Anzahl der Sitzungen: _____ Zeitraum (von-bis): _____
 Name und Anschrift des Arztes/ Therapeuten: _____
 sonstige Behandlung (z.B. Hypnose): _____
 stationäre(r) Aufenthalt(e): Zeitraum (von-bis): _____
 Name und Anschrift der stationären Einrichtung: _____

D522222

7. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach §19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

 Ort, Datum

 Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre
 (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)