Swiss Life
Lebensversicherung SE
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Psyche

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Beschwerden/Erkrankungen liegen/lagen vor?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Verstimmung
- ☐ Erschöpfung/Müdigkeit
- ☐ Niedergeschlagenheit
- ☐ Anpassungsstörung
- ☐ Angststörung
- ☐ Persönlichkeitsstörung
- ☐ Zwangsstörung
- ☐ Depressionen
- ☐ sonstige

_____

2. Wie lautete die genaue Diagnose des behandelnden Arztes?

_____

_____

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

_____

_____

4. Wie oft treten/traten die Beschwerden auf?

- ☐ einmalig
- ☐ mehrmalig/schubweise
  - wann _____
  - wie oft _____
  - in welchen Abständen _____
  - wann zuletzt _____
- ☐ ständig

5. Welche Ursachen liegen/lagen den Beschwerden bzw. der Erkrankung zugrunde?

- ☐ Überlastung/Stress
- ☐ traumatisches Ereignis (z. B. Todesfall in der Familie)
- ☐ Mobbing
- ☐ Folgen einer anderen Erkrankung
  welche _____
- ☐ unbekannt
- ☐ sonstige

_____

FRAGEBOGEN Psyche
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

6. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

☐ keine
☐ ambulante Behandlung bei
  ☐ Hausarzt
  ☐ Facharzt
  ☐ Psychologe/Psychotherapeut

☐ stationärer Aufenthalt
wann _____
wo _____

☐ Medikamente
welche _____
wie oft ☐ ständig ☐ bei Bedarf

☐ Gesprächstherapie
von _____ bis _____
von _____ bis _____
wo _____
_____
_____
Name und vollständige Adresse des Arztes

☐ sonstige _____
_____

7. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

☐ ja, welche _____
_____
Medikamentennamen
Dosierung _____
☐ nein, seit _____

8. Ist die Behandlung abgeschlossen?

☐ ja, seit _____
☐ nein, weitere Behandlungen
_____
_____
auch geplante oder angeratene

9. Sind Sie völlig beschwerdefrei?

☐ ja, seit _____
☐ nein, welche Beschwerden bestehen noch? (wie häufig, wann)
_____
_____

10. Bestehen/bestanden Konfliktsituationen im Privat- oder Berufsleben?
(z. B. Belastung wegen Trennung, Arbeitsplatzwechsel, Prüfungsstress, Schulangst, Geschäftsaufgabe)

☐ ja, wann _____
welche _____
☐ nein

11. Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

☐ ja, von _____ bis _____
von _____ bis _____
☐ nein

12. Können/konnten Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

☐ ja
☐ nein, Einschränkungen _____
_____

13. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

☐ ja, wann _____
weshalb _____
womit _____
☐ nein

14. Nahmen/nehmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel?

☐ ja, wann _____
welche _____
☐ nein

FRAGEBOGEN Psyche
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

15. Bestand/besteht eine Alkoholkrankheit?

☐ ja, von _____ bis _____

Entziehungskur ☐ ja ☐ nein

von _____ bis _____

☐ nein

16. Gab/gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?
(z. B. Psychosen, Depressionen, Gemütsleiden)

☐ ja, welche _____

_____

☐ nein
☐ unbekannt

17. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

_____

_____

_____

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

_____
Datum

_____
Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter