

# Fragebogen: Psychische Erkrankungen

**Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:**

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Zu versichernde Person | Geb.-Datum |
| Berufliche Tätigkeit   |            |

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

- |              |                               |                        |                                    |
|--------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Depression   | Depressive Episode            | Burnout Syndrom        | Anpassungsstörung                  |
| Angststörung | Panikstörung                  | Neurasthenie           | Biopolare affektive Störung        |
| Zwangneurose | Somatisierungsstörung         | Borderlinestörung      | Chronisches Erschöpfungssyndrom    |
| ADHS         | Essstörung (Anorexie/Bulimie) | Depressive Verstimmung | Posttraumatische Belastungsstörung |
| Psychose     | Persönlichkeitsstörung        | Schizophrenie          | Chronisches Schmerzsyndrom         |
| Sonstige:    |                               |                        |                                    |

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

- |                    |                       |                      |                         |
|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| Antriebslosigkeit  | Schlafstörungen       | Angst-/Panikattacken | Schlaflosigkeit         |
| Errgebarkeit       | Gereiztheit           | Emotionslosigkeit    | Sozialer Rückzug        |
| Müdigkeit          | Erschöpfung           | Traurigkeit          | Wutanfälle              |
| Beklemmungen       | Kopfschmerzen         | Krämpfe              | Konzentrationsstörungen |
| Innere Unruhe      | Zwanghaftes Verhalten | Lähmungen            | Stimmenhören            |
| Essstörungen       | Luftnot               | Ohnmacht             | Schmerzen der Gelenke   |
| Sucht/Abhängigkeit | Herzstiche            | Schwindel            | Zittern                 |
| Sonstige:          |                       |                      |                         |

**3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

einmalig      wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?      andauernd

Wann erstmals?       Wann zuletzt?

**4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. bestimmte Situationen, äußere Umstände, belastende Ereignisse)?**

Ja | welche? Nein

**5. Haben Sie jemals an eine Selbsttötung oder Selbstverletzung gedacht?**

Ja | in welchem Zeitraum? Nein

**6. Haben Sie jemals einen Selbsttötungsversuch unternommen?**

Ja | wann?  Nein

**7. Welche Behandlungen/Therapien werden oder wurden durchgeführt?**

Keine      Medikamente:      In welcher Dosierung?      täglich      bedarfsweise

von:  bis:

Verhaltenstherapie

Psychotherapie

Sonstige Therapien:

von:  bis:  Anzahl der Sitzungen:      In welchen Abständen?



B

**8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?**

Name:  Name:   
 Anschrift:  Anschrift:   
 Behandlungszeitraum | von:  bis:  Behandlungszeitraum | von:  bis:

**9. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?**

Ja | wann:  Wie lange?  Nein  
 Name der Einrichtung:   
 Anschrift:   
 (Bitte Befund beifügen)

**10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B: Schlafstörungen, Nervosität, Verstimmungszusände, Angstzustände)?**

Ja | welche?  Nein

**11. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?**

Ja | von:  bis:  Ja | von:  bis:  Nein

**12. Besteht oder bestanden in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder) eine der o. g. Erkrankungen?**

Bitte nur Art und Anzahl der Erkrankungen nennen, nicht die betroffenen Personen.

Ja | welche?  Nein

**13. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?**

Ja | zu welchen?  Nein

**14. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?**

Schichtdienst  hohe Arbeitsbelastung  Reisetätigkeit  Nein  
 unregelmäßige Arbeitszeiten  Tätigkeit auch am Wochenende   
 Sonstige:

**15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?**

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:  Nein  
 Früherer Beruf:   
 Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person