

Versicherungsscheinnr: /  
 Versicherte Person:  
 Geburtsdatum:  
 Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Burn-Out-Syndrom, reaktive Depression o.Ä.)?

---

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)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____
_____ (Sonstige)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit: _____ / Von _____ Bis _____

3. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? Seit wann?     ja, seit \_\_\_\_\_     nein

4. Sind Rückfälle aufgetreten? Wann?     ja, am \_\_\_\_\_     nein

5. Werden / wurden Sie mit Medikamenten behandelt?     ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_     nein  
 Wenn ja, wann? Welche? Dosierung?

Wenn ja:     Regelmäßig/     bei Bedarf mit: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_  
                    Regelmäßig/     bei Bedarf mit: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?     ja     nein  
 Art: \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ pro Tag  
 Art: \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ pro Tag

7. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

8. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung  ja  nein  
 arbeitsunfähig gewesen?  
 Dauer? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
9. Fanden stationäre Krankenhausbehandlungen oder  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein  
 Kuraufenthalte statt? Wenn ja, wann und wo?  
 Krankenhaus/Kuranstalt \_\_\_\_\_
10. Welche Ursachen können Sie für Ihre Beschwerden \_\_\_\_\_  
 nennen? (z. B. berufliche oder private Probleme,  
 starken Stress o. Ä.) \_\_\_\_\_
11. Wenn ja, sind diese Ursachen inzwischen behoben \_\_\_\_\_  
 oder besteht die Aussicht auf Besserung?  
 Falls ja, bitte nähere Erläuterung. \_\_\_\_\_
12. Haben Sie aus persönlichen Gründen, wegen  ja  nein  
 Konflikten oder aufgrund von psychischer  
 Belastung, starkem Stress o. Ä. schon einmal  
 einen Berufswechsel vorgenommen?
13. Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen?  ja  nein  
 (Bitte hierzu nähere Angaben: Wann, wie oft?)  
 \_\_\_\_\_

14. Zusätzliche Angaben:

Hiermit 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

Z 22