

## Selbstauskunft zur Gesundheitsfrage 4.5 - Z 33

Versicherungsscheinnr: /

Versicherte Person:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Bitte beschreiben Sie Ihr Befinden (Beschwerden/Symptome) über die Aussage im Antrag hinaus so genau wie möglich?

---

---

2. Können Sie einen Auslöser/eine Ursache Ihrer Beschwerden nennen? Ggf. welche (z. B. berufliche oder private Umstände, starken Stress, Konfliktsituation o. ä.)?

---

---

3. Sind die Ursachen inzwischen behoben oder besteht die Aussicht auf Besserung?

ja, seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
 nein

4. Bitte machen Sie Angaben zur Häufigkeit und Dauer der Beschwerden:

Einmalig: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
 Wiederholt: seit wann \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
an \_\_\_\_\_ Tagen pro Monat  
zuletzt am \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
 Dauernd: seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

5. Haben Sie (Behandlungs-) Maßnahmen eingeleitet oder geplant?

Wenn ja: welche (z. B. Entspannungsübungen, medikamentöse Behandlung, sonstige Behandlung, Beratungen oder Untersuchungen)?

Bisher keine Behandlung  
Beabsichtigen Sie wegen der o. g. Beschwerden zukünftig beraten oder behandelt zu werden?  
 Nein  
 Ja

Es fand/en folgende Maßnahme/n / Behandlung/en statt:

Medikamente Name: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

von/bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Name: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

von/bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

sonstige Maßnahmen/Behandlungen: \_\_\_\_\_

völlig beschwerdefrei seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

6. Bestehen noch Beschwerden?

Nein, beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Ja, Art der Beschwerden? \_\_\_\_\_

7. Sind Sie aufgrund Ihres Befindens/Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig gewesen?

Nein

Ja, einmal von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Ja, mehrmals

8. Von wem wurden Sie wegen Ihrer Beschwerden untersucht, beraten oder behandelt? Wann?

Name / Anschrift	Zeitpunkt/Zeitraum	Maßnahme/Behandlung	behandlungsfrei
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (MM/JJ)
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (MM/JJ)
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (MM/JJ)

9. Nehmen Sie regelmäßig Genussmittel (z. B. Nikotin, Alkohol) oder stimmungsaufhellende Mittel zu sich?

Nein

Ja, Art des Genußmittels \_\_\_\_\_

Menge:  manchmal (1-2mal monatlich)

regelmäßig (1-3mal wöchentlich)

täglich \_\_\_\_\_ mal pro Tag

10. Haben Sie aufgrund Ihres Befindens/Ihrer Beschwerden oder aufgrund von psychischer Belastung, starkem Stress o. ä. schon einmal einen Berufswechsel vorgenommen oder ist ein Berufswechsel geplant?

Nein

Ja

Wie häufig in den letzten 5 Jahren? \_\_\_\_\_ mal

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

11. Ist Ihr Gewicht in den letzten 24 Monaten stabil geblieben?

nein, Gewichtszunahme/-abnahme um \_\_\_\_\_ kg

gewollt       ungewollt

ja

12. 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