

**Abhängigkeit - Z 1**

Versicherungsscheinnr: /  
 Versicherte Person:  
 Geburtsdatum:  
 Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Unter welchen der folgenden Symptome / Beschwerden leiden Sie oder haben Sie gelitten:

Symptome	ja / nein	Dauer oder Zeitraum
a) Herzjagen, Schwindel, Herzstiche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
b) Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
c) Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
d) Schlafstörungen / Alpträume	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
e) Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
f) Magen- Darmstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
g) Müdigkeit / Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
h) (morgendliche) Übelkeit / Brechreiz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
i) Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
j) Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
k) Gleichgewichtsprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
l) Zittern / Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit: _____ / von _____ bis _____
m) _____ (Sonstige)		seit: _____ / von _____ bis _____
n) _____ (Sonstige)		seit: _____ / von _____ bis _____

2. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?  ja seit: \_\_\_\_\_  
 Wenn nein, welche Folgen/Beschwerden bestehen noch?  nein, Folgen: \_\_\_\_\_
3. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?  nein  
 Wann? Dauer?  ja, einmal von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 ja, mehrmals
4. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)  ja  
 nein, Einschränkungen: \_\_\_\_\_
5. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  nein  
 ja: \_\_\_\_\_ % GdB/MdE

6. Wurden vom Arzt medizinische Befunde v. a. in Bezug auf Genussmittel- oder Medikamenten-gebrauch festgestellt (z. B. Raucherhusten, Fettleber, Stoffwechselstörungen etc.)?  
Wenn ja, welche?

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

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

8. Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein  
 Falls ja, welche? Dosis?  
 Wenn ja:  Regelmäßig/  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_  
 Regelmäßig/  bei Bedarf mit \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

9. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?  ja  nein  
 Wie viel täglich? Seit wann?  
 Zigaretten  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Stück/Tag: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

10. Nehmen Sie oder nahmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein  
 Wenn ja, welche? In welchem Umfang?  
 Art \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ pro Tag  
 Art \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ pro Tag

11. Nehmen Sie oder nahmen Sie jemals sonstige Genussmittel oder Drogen zu sich?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein  
 Art \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ pro Tag  
 Art \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ pro Tag

12. Haben Sie schon einmal eine Entwöhnungsbehandlung gemacht, planen Sie eine oder wurde eine angeraten? Wenn ja, \_\_\_\_\_  
 wann, wo, gegen welches Suchtmittel?  
 \_\_\_\_\_

13. Zusätzliche Angaben (z. B. über berufliche Situation):

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.