

Fragebogen: Psychische Erkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich, ICD-Code gewünscht)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> psychovegetativer Erschöpfungszustand | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Manie | <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Panikattacken |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Zwangsneurosen | |

2. Gab es einen Grund/Auslöser für die Beschwerden?

- Ja | welchen: _____
- Nein

3. Welche Symptome bestehen/bestanden?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

4. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

MM/JJJJ

5. Fand eine Therapie statt?

- Ja Nein wurde nicht durchgeführt, aber angeraten

6. Nur auszufüllen, wenn Frage 5 mit „Ja“ beantwortet wurde:

- ambulante Therapie stationäre Therapie

Anzahl der Sitzungen	Zeitraum der Durchführung der Therapie
Art der Therapie	

7. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

- Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____	<input type="checkbox"/> dauerhaft
---------------	--	------------------------------------

Ergebnis

- Sonstiges: _____

Fragebogen: Psychische Erkrankungen

B

8. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
- Nein

9. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

10. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

11. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde