blau direkt

FRAGEBOGEN
PSYCHE

Vor- und Zuname der versicherten Person _____ Geburtsdatum _____

1. Wie lautet die Diagnose/ Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

- ☐ Depression
- ☐ depressive Episode
- ☐ Zyklothymie
- ☐ Chronisches Schmerzsyndrom
- ☐ Bipolare Störung
- ☐ ADHS
- ☐ ADS
- ☐ Angststörung
- ☐ Somatisierungsstörung
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Anpassungsstörung
- ☐ Borderlinestörung
- ☐ Psychose
- ☐ Schizophrenie
- ☐ Essstörung
- ☐ Burnout
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Andere _____

Falls bekannt, bitte auch die Einordung nach ICD-10 Klassifikation angeben: _____

2. Unter welchen psychischen Beschwerden leiden/ litten Sie?

- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Tagesmüdigkeit
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Antriebslosigkeit
- ☐ Zwangshandlungen
- ☐ Emotionslosigkeit
- ☐ Wutanfälle
- ☐ Selbstverletzung
- ☐ Erschöpfung
- ☐ Sozialer Rückzug
- ☐ Suizidgedanken
- ☐ Suizidversuch
- ☐ Panikattacken
- ☐ Innere Unruhe
- ☐ Stimmenhören
- ☐ Angst
- ☐ Sonstige _____

☐ Ich habe keine Beschwerden mehr seit: _____

Die Nutzung dieses Formulars setzt eine aktive Vertriebsvereinbarung mit der blau direkt GmbH&Co.KG voraus

FRAGEBOGEN
PSYCHE

3. Unter welchen körperlichen Beschwerden leiden/ litten Sie?

- ☐ Magenschmerzen
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Schwindel
- ☐ Übelkeit/ Erbrechen
- ☐ Gewichtsschwankungen
- ☐ Tinnitus
- ☐ Missempfinden
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Luftnot/ Atemschwierigkeiten
- ☐ Herzjagen
- ☐ Zittern
- ☐ Sonstige

☐ Ich habe keine Beschwerden mehr seit:

4. Wann erkrankten Sie erstmals?

5. Sind danach erneut Beschwerden aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

Wie häufig?

6. Wie wurden Sie behandelt?

☐ Medikamente

Präparatname Dosierung

Präparatname Dosierung

- ☐ Psychotherapie
- ☐ Psychoanalyse
- ☐ Rehabilitation
- ☐ Erlernen von Entspannungstechniken
- ☐ Tagesklinik
- ☐ Stationäre Therapie
- ☐ Sonstige
- ☐ Keine Behandlung

7. Bestehen oder bestanden wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Scheidung, Tod eines Angehörigen, etc.)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Aussicht auf Besserung? ☐ Ja ☐ Nein

8. Sind Sie derzeit noch in Therapie/ Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, seit wann nicht mehr?

Die Nutzung dieses Formulars setzt eine aktive Vertriebsvereinbarung mit der blau direkt GmbH&Co.KG voraus

blau direkt

FRAGEBOGEN
PSYCHE

9. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, welche Beschränkungen bestehen?

10. Besteht oder bestand wegen der Erkrankung(en) Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von bis

11. Bei welchem Arzt/Therapeuten wurden bzw. werden Sie bzgl. der Psyche behandelt?

Im Rahmen der Risikovoranfrage ist keine Kundenunterschrift notwendig. Sofern nach der Erstellung des Votums ein Antrag eingereicht wird, werden die Anhänge der Risikovoranfrage jedoch nur mit Kundenunterschrift anerkannt.

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person

Die Nutzung dieses Formulars setzt eine aktive Vertriebsvereinbarung mit der blau direkt GmbH&Co.KG voraus