

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Schlafstörungen

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor?

☐ ja

☐ nein

Wenn „ja“, welche?

Was ist der Auslöser der Schlafstörungen?

- ☐ äußere Einflüsse:
 - ☐ Genussgifte (Kaffee, Alkohol, Zigaretten)
 - ☐ Lärm, helles Licht
 - ☐ Schichtarbeit
 - ☐ ungünstige Schlafhygiene
 - ☐ Sonstige, welche?
-

- ☐ psychische Einflüsse:
 - ☐ Ärger, Stress
 - ☐ psychische Erkrankungen, welche?
-

- ☐ Sonstige, welche?
-

- ☐ organische Ursachen:
 - ☐ Herz-Kreislaufkrankungen, welche?
-

- ☐ Krebserkrankung, welche?
-

- ☐ hormonelle Störungen, welche?
-

- ☐ Stoffwechselerkrankungen, welche?
-

- ☐ Sonstige, welche?
-

- ☐ Sonstige, welche?
-

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- | | |
|--|--|
| ☐ nicht erholsamer Schlaf | ☐ Erschöpfung |
| ☐ Einschlafstörungen | ☐ Konzentrationsstörungen |
| ☐ Durchschlafstörungen | ☐ Aufmerksamkeitsdefizite |
| ☐ Reizbarkeit | ☐ Leistungsstörungen |
| ☐ Ruhelosigkeit | ☐ Kopfschmerzen |
| ☐ Tagesmüdigkeit | |
| ☐ Sonstige, welche? | |
-

Wann treten bzw. traten die Beschwerden auf?

erstmals? _____ zuletzt? _____

Die Schlafstörungen traten wie oft auf?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|---------------------|
| ☐ einmalig | von: _____ | bis: _____ | |
| ☐ wiederholt | von: _____ | bis: _____ | Wann zuletzt: _____ |
| ☐ dauernd | von: _____ | bis: _____ | |

In welchen Zeitabständen bzw. wie oft treten die Beschwerden auf?

_____ mal/ Tag _____ mal/ Monat _____ mal/ Jahr

Wie lange dauerten die Schlafstörungen an?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 1 bis 2 Wochen | ☐ 1 bis 2 Monate | ☐ länger als 12 Monate |
| ☐ 2 bis 3 Wochen | ☐ 3 bis 4 Monate | |
| ☐ maximal 4 Wochen | ☐ 5 bis 6 Monate | |

Liegen die Schlafstörungen noch vor?

☐ ja, dauernd

☐ nein, seit _____ nicht mehr

☐ ja, gelegentlich: wie oft im Jahr? _____

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

☐ Aktigraphie

wann? _____ wie oft? _____

☐ Computer- oder Kernspintomographie

wann? _____ wie oft? _____

☐ Polygraphie, Polysomnographie

wann? _____ wie oft? _____

☐ Sonstige, welche?

wann? _____ wie oft? _____

Befund/ Untersuchungsergebnis?

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!

Welche Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

☐ Autogenes Training

von - bis? _____

☐ progressive Muskelrelaxtion (Jakobsen)

von - bis? _____

☐ Entspannungstechniken

von - bis? _____

☐ medikamentöse Therapie

von - bis? _____

☐ Schlafhygiene

von - bis? _____

☐ psychotherapeutische Maßnahme

von - bis? _____

☐ Sonstige, welche?

von - bis? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ ja

☐ nein

Wenn „ja“, Name? - Dosierung?

(„Dosierung bzw. wie oft im Jahr und wie lange benötigen Sie Medikamente?“: z.B. 12x im Jahr über 3 Tage - 2 Tabletten je Tag)

War eine stationäre Behandlung
z.B. in einem Schlaflabor erforderlich?

☐ ja, ☐ nein

von - bis? _____

Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!

Haben bzw. hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

☐ Schlafapnoesyndrom

☐ Restless-Legs-Syndrom

☐ Narkolepsie

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? _____

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, seit wann?

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen?

Sind weitere diagnostische und/oder
therapeutische Maßnahmen notwendig,
angeraten oder beabsichtigt?

☐ ja ☐ nein

Wenn „ja“, welche?

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings present.

Hinweis: Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten