

## Fragebogen Psychiatrie

### Kunde

Name   
Strasse   
Geschlecht   
Geburtsdatum   
Kundennummer

Vorname   
PLZ / Ort   
Tel.   
eMail   
Antragsnummer

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und mit näheren Angaben ergänzen.

### Diagnose (ICD-10)

Datum der Diagnose

Letzte Konsultation

Körpergrösse  cm

Gewicht  kg

	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten
<b>Psychische Störungen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einmalige Episode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mehrere Episoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anzahl <input type="text"/> zuletzt <input type="text"/>	<input type="text"/>

### Art der Störung

Welche Symptome haben sich manifestiert?

Wie ist der aktuelle mentale Status des Patienten?

Hat sich die Erkrankung als Reaktion auf bestimmte Begleitumstände entwickelt?

Falls ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben

**Suizidversuch(e)**   Anzahl  zuletzt am   
Motivation weiterbestehend

Suizidversuch mit

Behandlung	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten
Art der Betreuung			<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Psychologe	
War eine stationäre Behandlung erforderlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dauer <input type="text"/>	Datum der Entlassung <input type="text"/>
<div style="background-color: #cccccc; height: 80px; width: 100%;"></div>				
Behandlung zur Zeit	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten
Medikamentös (bitte Medikamente bezeichnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	seit <input type="text"/>
Andere? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	seit <input type="text"/>
Behandlung früher				
Medikamentös (bitte Medikamente bezeichnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	seit <input type="text"/>
Andere? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	seit <input type="text"/>
Berufliche Tätigkeit				
Arbeitsunterbrüche aus psychischen Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anzahl <input type="text"/> Dauer <input type="text"/>	zuletzt <input type="text"/>
Wiederaufnahme der uneingeschränkten beruflichen Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		seit <input type="text"/>
Kann als geheilt betrachtet werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		seit <input type="text"/>
Sind Ihnen noch andere Erkrankungen oder Leiden bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 150px; width: 100%;"></div>	

## Bemerkungen

nein  ja

Arzt/Ärztin/  
Fachperson

Telefon  Fax

eMail

Datum

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.