

I Persönliche Daten und Erreichbarkeit

Name, Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

II Versicherungs- und sozialrechtliche Informationen

Sind Sie aktuell erwerbstätig?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 24 Monaten für mindestens 6 Monate versicherungspflichtig beschäftigt?

Ja Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate eine Prävention oder eine Leistung zur med. Reha?

Ja Nein

Sind Sie Altersrentner oder haben Sie einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungsrente eingereicht oder beziehen Sie diese?

Ja Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 24 Monate eine stationäre Vorbehandlung aufgrund psychischer Beschwerden oder psychischer Beeinträchtigungen?

Ja Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 24 Monate eine stationäre Vorbehandlung aufgrund Long/ Post Covid ?

Ja Nein

Leiden Sie infolge Long/Post Covid weiterhin unter deutlichen Einschränkungen Ihrer Leistungsfähigkeit?

Ja Nein

III Beschwerdeschilderung

Lagen in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere Phasen von mindestens 2 Wochen vor, in denen die nachfolgenden Punkte aufgetreten sind? Bitte beurteilen Sie hierbei, an wie vielen Tagen während dieser Phasen die Beschwerden vorlagen.

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- Überhaupt nicht
- An einzelnen Tagen
- An mehr als der Hälfte der Tage
- Beinah jeden Tag

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- Überhaupt nicht
- An einzelnen Tagen
- An mehr als der Hälfte der Tage
- Beinah jeden Tag

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

- Überhaupt nicht
- An einzelnen Tagen
- An mehr als der Hälfte der Tage
- Beinah jeden Tag

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

- Überhaupt nicht
- An einzelnen Tagen
- An mehr als der Hälfte der Tage
- Beinah jeden Tag

Haben Sie wiederkehrende körperliche Beschwerden (z.B. Herzrasen, Durchfälle, Magenschmerz), die Sie als belastend erleben?

- Überhaupt nicht
- An einzelnen Tagen
- An mehr als der Hälfte der Tage
- Beinah jeden Tag

Wenn ja, welche:

Haben Sie wiederkehrende Schmerzen (z.B. in Muskeln oder Gelenken), die Sie als belastend erleben?

- Überhaupt nicht
- An einzelnen Tagen
- An mehr als der Hälfte der Tage
- Beinah jeden Tag

Wenn ja, welche:

Leiden Sie unter weiteren Beschwerden, die hier ggf. noch nicht erfasst wurden?

Wurden bei Ihnen jemals durch einen Arzt oder Psychotherapeuten eine psychische Störung diagnostiziert?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche:

1.
2.
3.

Haben Sie im Vorfeld der Beschwerdeentwicklung einschneidende und belastende Lebensereignisse erlebt?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Wurde bei Ihnen jemals durch einen Arzt oder Psychotherapeuten die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gestellt?

Ja Nein

Wenn ja welche:

Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung dient zur ersten Überblickgewinnung. Wir werden den Fragebogen auswerten und das Ergebnis mit Ihnen besprechen. Bei Eignung zur Teilnahme erhalten Sie von uns einen Antrag, den Sie bitte ausgefüllt und unterschrieben an uns zurücksenden. Über die Teilnahme am Projekt entscheidet nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen im Nachgang die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland.

Gefördert durch:



In Kooperation mit:

