

Erklärung zu Epilepsie/Anfallsleiden

Zuname, Vorname, Geburtsdatum der zu versichernden Person

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl der Antragsteller als auch die zu versichernde Person verantwortlich. Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und/oder die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“, die im Antrag enthalten ist.

Detaillierte Angaben in Worten ersparen gegebenenfalls weitere Rückfragen! Striche sowie das Wort "entfällt" genügen nicht.

1.	Wie wurde der Anfallstyp in der Ihnen mitgeteilten ärztlichen Diagnose bezeichnet:	Generalisierte Anfälle: <input type="checkbox"/> Petit Mal <input type="checkbox"/> Grand Mal <input type="checkbox"/> Status epilepticus <input type="checkbox"/> Jackson-Epilepsie <input type="checkbox"/> Sonstige
		Fokale Anfälle: <input type="checkbox"/> einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> komplex-fokal mit Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> Sonstige
		<input type="checkbox"/> psychogene Anfälle:
		<input type="checkbox"/> Sonstige:

2.	Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Erkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung(Enzephalitis) <input type="checkbox"/> angeborene Epilepsie (genetisch bedingt) <input type="checkbox"/> Strukturveränderungen des Gehirns <input type="checkbox"/> Hirntumor <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung des Gehirns <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache:
	In welchem Jahr sind die Anfälle erstmals aufgetreten?	Monat/Jahr:
	Wann trat bei Ihnen der letzte Anfall auf?	Monat/Jahr:
	Wie oft treten bzw. traten die Anfälle auf?	<input type="checkbox"/> bis zu 3x/Jahr <input type="checkbox"/> bis zu 4-12x/Jahr <input type="checkbox"/> über 12x/Jahr
	Wurden oder werden bei Ihnen Anfälle (auch berufsbedingt) ausgelöst durch:	<input type="checkbox"/> Fieber (als Kind) <input type="checkbox"/> Schlafmangel <input type="checkbox"/> Lichtreize <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Alkoholgenuss <input type="checkbox"/> Sonstige
	Wann treten sie auf (bei Tage, bei Nacht, nach Aufregung, nach Alkoholgenuss)?
	Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbiss oder andere Verletzungen)?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, welche?.....

3.	Die Erkrankung wird/wurde behandelt:	
	mit Medikamenten	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wann?
		welche?
		Dosis?

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

weiterhin erforderlich? nein o ja o

voraussichtlich wie lange?.....

wann?

welche?

wann?

welche?:.....

Ergebnis?

4. Werden Behandlungen / Operationen nein o ja o wann?

 voraussichtlich noch notwendig sein?

 Ist ein Krankenhaus- / Kur- oder nein o ja o wann?

 Sanatoriumsaufenthalt vorgesehen oder

 angeraten?

Bitte fügen Sie eine Kopie des Abschlussberichts bei, wenn dieser Ihnen vorliegt!

5. Besteht oder bestand eine Minderung der nein o ja o o GdB / MdE:

 Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der

 Behinderung oder haben Sie einen solchen

 Antrag bzw. einen Rentenanspruch gestellt?

Bitte fügen Sie eine Kopie des Versorgungsbescheides bei!

o Antrag gestellt am:

6. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt nein o ja o wenn nein, Einschränkungen:

 ausüben? Wenn nein, welche Einschränkungen

 bestehen?

7. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische nein o ja o wenn ja, welche ?

 Störungen aufgetreten (z.B.

 Konzentrationsstörungen, Depressionen,

 Psychose, Suizidversuch)?

wann zuletzt ?

8. Wurden ärztlicherseits bisher bei Ihnen nein o ja o wenn ja, welche ?

 Einschränkungen bezüglich beruflicher

 Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen,

 Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst,

 Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung (z.B. Kfz-

 Führung) ausgesprochen?

9. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie nein o ja o o Hausarzt o Internist o Neurologe

 wegen Ihrer Erkrankung(en) in Behandlung?

o sonstige

Name/Anschrift des Arztes:

.....

10. Weitere Angaben? nein o ja o o zusätzliche Angaben sind beigefügt Seiten:

o zusätzliche Angaben werden nachgereicht

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person