

Kopfschmerzen / Migräne

Art: 212

Zusatzklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?	
2. Wann sind die Kopfschmerzen erstmals aufgetreten?	
3. Wie oft treten die Kopfschmerzen auf? pro Jahr Minuten
4. Wie lange dauern die Anfälle durchschnittlich?	
5. Wie würden Sie den Schweregrad Ihrer Kopfschmerzen einschätzen?	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer
6. Wurde eine Ursache (z.B. Infektionen, Kopfverletzung, Bluthochdruck, Augenerkrankung etc.) für die Kopfschmerzen festgestellt? (Wenn ja, wann, welche?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Kündigen sich die Kopfschmerzen durch von Ihnen wahrgenommene Vorauszeichen (AURA) an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

<p>9. Werden / wurden die Kopfschmerzen mit Medikamenten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>Präparat(e):</p> <p>Dosierung:täglich</p>
<p>10. Erfolgte spezielle radiologische Untersuchungen wie Computertomographie (CT), Kernspintographie (MRT), usw.? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. Erfolgte eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine Kur? (Wenn ja, wann, Dauer?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>12. Sind weitere Behandlungen / Kontrollen vorgesehen? (Wenn ja, welche?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>14. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>15. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p>
<p>17. Zusätzliche Angaben</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, daß unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers