## Fragebogen Epilepsie/Anfallsleiden



Zusatzerklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

] nein
] nein
] nein
_ nein
ein
ein

## Fragebogen Epilepsie/Anfallsleiden



9. Wie wurde der Anfallstyp in der Ihnen mitgeteilten ärztlichen Diagnose bezeichnet?  Output  Diagnose bezeichnet?	Generalisierte Anfälle:  Petit Mal Grand Mal Status epilepticu Jackson-Epilepsie Sonstige Fokale Anfälle: Einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörung Komplex-fokal mit Bewusstseinsstörung Sonstige Psychogene Anfälle	
10. In welchem Jahr sind die Anfälle erstmals aufgetreten? Und wann zuletzt?	erstmalszuletzt	
11. Wann treten sie auf (bei Tage, bei Nacht, nach Aufregung, nach Alkoholgenuss)?		
12. Wie oft treten bzw. traten die Anfälle auf?	pro Jahr	
13. Wurden oder werden bei Ihnen Anfälle (auch berufsbedingt) ausgelöst ? Wenn ja, durch was?	☐ ja ☐ nein  ☐ Schädel-Hirn-Trauma ☐ Gehirnerschütterung(Enzelphalitis) ☐ angeborene Epilepsie (genetisch bedingt) ☐ Strukturveränderungen des Gehirns ☐ Hirntumor ☐ Stoffwechselstörung des Gehirns ☐ Sonstige Ursache:	
14. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag bzw. einen Rentenantrag gestellt?	☐ ja, GdB / MdE: ☐ nein  Antrag gestellt am:	
15.Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbiss oder andere Verletzungen)?	□ ja □ nein	

## Fragebogen Epilepsie/Anfallsleiden



16.Werden Behandlungen / Operationen voraussichtlich noch notwendig sein?	☐ ja, am	🔲 nein
17.Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische Störungen aufgetreten (z.B. Konzentrationsstörungen, Depressionen, Psychose, Suizidversuch)?	□ ja	☐ nein
18. Wurden ärztlicherseits bisher bei Ihnen Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen, Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst, Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung (z.B. Kfz-Führung) ausgesprochen?	ja	nein
19. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)	□ja	☐ nein
20. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	☐ ja, seit	☐ nein
21. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	□ ja	☐ nein
22. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen?  Wenn ja, wann, Dauer?	□ ja	☐ nein
	von	bisbis
Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien vo	n Arzt- / Krankenhaus-	/ Befundberichten bei.
Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, un Angaben? (Bitte immer beantworten)	verzüglich und schriftlich na	ach. Folgen noch weitere
☐ zusätzliche Angaben sind beigefügt ☐ Alles vollständig – €	es folgen keine weiteren Ar	ngaben
Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen	!	
Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem V verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständig Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben	ge oder unwahre Angabe	n den Verlust des
Datum Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift de	es Antragstellers