

Fragebogen Kopfschmerzen-Migräne



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

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Über welchen Zeitraum sind diesbezüglich Beschwerden aufgetreten? Insbesondere, wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein <div style="text-align: right;">Präparat: _____</div> <input type="checkbox"/> regelmäßig / <input type="checkbox"/> bei Bedarf Dosierung: _____ täglich
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Sind weitere Behandlungen/ Kontrollen vorgesehen? Wenn ja, wann? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fragebogen Kopfschmerzen-Migräne



9. Wie oft, wie lange und wie schwer treten die Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/> leicht pro Jahr <input type="checkbox"/> mäßig Minuten <input type="checkbox"/> schwer Minuten
10. Kündigen sich die Kopfschmerzen durch von Ihnen wahrgenommene Vorauszeichen (AURA) an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Erfolgt spezielle radiologische Untersuchungen wie Computer-tomographie (CT), Kernspintographie (MRT), usw.? Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Wie lange dauern die Anfälle durchschnittlich?
13. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? Wenn ja, bitte nähere Angaben!
14. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Wenn nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?	<input type="checkbox"/> ja, seit Monat/ Jahr <input type="checkbox"/> nein
15. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von bis

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

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt
 Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers