Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

Zusätzliche Erklärung über Epilepsie

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Wann sind die epileptischen Anfälle erstmalig aufgetreten? _____

Wie oft treten die Anfälle im Jahr auf? _____

Sind diese mit Bewusstlosigkeit/ Ohnmacht verbunden? ☐ nein ☐ ja

Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit/ Ohnmacht im Allgemeinen? _____

Wann hatten Sie den letzten Anfall? _____

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)
Wann war die letzte Behandlung? _____
Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

_____ _____
Datum Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter