

## Zusätzliche Erklärung über Kopfschmerzen/Migräne

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seit wann leiden Sie unter  
Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen bei  
einem Schmerzanfall?  Übelkeit  Lichtempfindlichkeit  Lähmungserscheinungen  
 Erbrechen  Augenflimmern

Wie lautet die genaue Bezeichnung?  Migräne  \_\_\_\_\_  
 Spannungskopfschmerzen

Sind die Ursachen der Erkrankung  
bekannt (z. B. Wirbelsäulenerkrankung)?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie häufig treten die Schmerzen  
durchschnittlich pro Monat auf? \_\_\_\_\_

Fanden wegen der Erkrankung  
Krankenhausaufenthalte statt?  nein  ja

Lag aufgrund dieser Erkrankung  
bereits Arbeitsunfähigkeit vor?  nein  ja

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt we-  
gen dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Welcher Art war die Behandlung? \_\_\_\_\_

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

Seit wann sind Sie behandlungs- und  
beschwerdefrei? \_\_\_\_\_

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