Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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 wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann? _____

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