

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