



**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? \_\_\_\_\_  
 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