



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