

## Zusätzliche Erklärung über Epilepsie

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

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

Wann sind die epileptischen Anfälle  
erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_\_

Wie oft treten die Anfälle im Jahr auf? \_\_\_\_\_

Sind diese mit Bewusstlosigkeit/  
Ohnmacht verbunden?  nein  ja

Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit/  
Ohnmacht im Allgemeinen? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie den letzten Anfall? \_\_\_\_\_

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

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser  
Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei  
durchgeführt? \_\_\_\_\_

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