

**Kopfschmerzen**

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

**1. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einer der folgenden Erkrankungen auf?**

- Neurologische Erkrankung (z.B. Hirntumor)  ja  nein
- Gefäßkrankung (z.B. Bluthochdruck/Hypertonie)  ja  nein
- Schädel-Hirn-Trauma, Hirnerschütterung  ja  nein
- Rheumatische Erkrankung  ja  nein

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Wie wurde / wird die Erkrankung behandelt? Seit wann und wie lange?

Seit wann ist Ihnen die Erkrankung bekannt?

Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes?

**2. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auf?**

nein  ja, Wie wurde die psychische/psychosomatische Erkrankung bezeichnet?

Seit wann ist Ihnen die Erkrankung bekannt?

Name, Anschrift und Fachrichtung des Behandlers

**3. Sind Ihre Kopfschmerzen vom Typ „Cluster-Kopfschmerz“, „Bing Horten“ oder „Histamin-Kopfschmerz“?**

nein  ja

**4. Wie treten oder traten Ihre Kopfschmerzen auf?**

- überwiegend einseitig  ja  nein
- von pochendem/pulsierendem Charakter  ja  nein
- mit plötzlichem/anfallsartigen Beginn  ja  nein

Welche Beschwerden haben oder hatten Sie?

- Übelkeit/Erbrechen
- Sehstörungen, Augenflimmern
- Lärmempfindlichkeit
- Lähmungen
- Geruchsempfindlichkeit
- Schwindel
- Lichtempfindlichkeit
- Krabbeln, Taubheitsgefühl
- Sprachstörungen
- Keine Beschwerden
- Hörstörungen
- Andere Beschwerden, welche?

**Wie lang dauerten die Beschwerden an?**

- Nie länger als  24 Stunden  48 Stunden  72 Stunden
- Länger als  72 Stunden

**Wann sind die Kopfschmerzen zuletzt aufgetreten?**

Wie häufig? Anzahl pro Monat? Schmerzdauer? Stunden?

**5. Wie werden bzw. wurden Ihre Kopfschmerzen behandelt?**

- Medikamente bei Bedarf
- Dauermedikation (1 Präparat)
- Dauermedikation (mehr als 1 Präparat)

Name und Dosierung der Medikamente

Sonstige Behandlung (nähere Beschreibung)

**6. Waren Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen arbeitsunfähig?**

nein  ja, wann und wie lange?

**7. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?**

Ist die Erkrankung vollständig ausgeheilt?

nein  ja, seit wann?

Welche Beschwerden bestehen jetzt noch?

Sind weitere Untersuchungen / Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

nein  ja, welche? (z.B. CT, EEG)

**8. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?**

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

**Erklärung**

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift