

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