

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

- Migräne mit Aura Migräne ohne Aura Clusterkopfschmerz
 Neuralgie Belastungsmigräne Spannungskopfschmerz
 Sonstige, und zwar

Welche Beschwerden treten auf?

- Seh- u. Hörstörungen Augenflimmern Bewusstseinsstörungen
 Lichtempfindlichkeit Sprachstörungen Koordinationsstörungen
 Erbrechen/Übelkeit Tinnitus Gesichtsfeldausfälle
 Schwindel Geräuschempfindlichkeit
 Sonstige, und zwar

Welche Ursachen sind bekannt?

Wie oft treten Kopfschmerzen/Migräne auf?

mal pro Woche Monat Jahr

Wie lange dauerten die Beschwerden jeweils an?

Wann traten die Beschwerden letztmalig auf?

Welche Therapie(n) werden/wurden angewendet? (Mehrfachnennung möglich)

- Akupunktur Physikalische Therapie
 Sonstige, und zwar

Wurden Medikamente verordnet?

ja nein

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Von wann bis wann?

von bis

Fand bereits ein stationärer Aufenthalt in einer Schmerzklinik statt?

- ja, und zwar von bis
 nein
 nein, es ist jedoch ein solcher ärztlich angeraten geplant

Wurden weitere Behandlungen/Untersuchungen durchgeführt? (falls ja, bitte Befundbericht beifügen)

- nein ja, und zwar
 CT EEG MRT
 Andere, und zwar

Sind weitere Behandlungen angeraten oder geplant? Falls ja, welche, wann?

ja nein

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person