



**Kopfschmerzen - Z 15**

Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG  
Abt. B - Risikoprüfung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
AD-Nr.:

1. Seit wann besteht die Erkrankung?

- seit der Kindheit  
 seit der Jugend

seit \_\_\_\_\_

2. Wann traten die Kopfschmerzen letztmalig auf?

\_\_\_\_\_

3. Besteht eine Grunderkrankung, die ursächlich für die Kopfschmerzen ist?

- ja  
 nein

Falls ja, bitten wir um Erläuterung und Angabe der Diagnose:

\_\_\_\_\_

4. Wie oft treten die Beschwerden auf und wie lange dauern diese ca. an?

- 1-3 Tage pro Monat  
 4-7 Tage pro Monat  
 8-10 Tage pro Monat  
 11-14 Tage pro Monat  
 mehr als 14 Tage pro Monat

Bitte geben Sie die jeweilige Schmerzdauer an: \_\_\_\_\_

5. Bitte nennen Sie die Kopfschmerzart

- Bing Horton  
 Cluster Kopfschmerz  
 Migräne  
 Spannungskopfschmerz  
 Medikamentenkopfschmerz

Sonstige \_\_\_\_\_

6. Kopfschmerzen mit Aura (neurologische Symptome)

Treten die Kopfschmerzen mit Aura/neurologischen Symptomen wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühle, etc. auf?

- ja  
 nein

Falls ja, bitten wir um detaillierte Erläuterung, wie sich die Beschwerden äußern.  
Wie lange hält ein Anfall an? Welche Medikamente nehmen Sie dann ein?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Waren Sie aufgrund der Beschwerden arbeitsunfähig?

- Keine AU Zeiten
- 1-7 Tage pro Jahr
- 8-14 Tage pro Jahr
- 15-21 Tage pro Jahr
- Länger als 21 Tage pro Jahr - bitte geben Sie die AU-Tage an \_\_\_\_\_

8. Untersuchungen

Fanden bisher Untersuchungen statt oder sind diese angeraten oder geplant?

- ja
- nein

Falls ja, bitten wir um Erläuterung.

Art der Untersuchung \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis \_\_\_\_\_

9. Medikamente

Welches Medikament nehmen Sie bezüglich der Kopfschmerzen ein?

Name des Präparates: \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Einnahme: \_\_\_\_\_

- Keine Medikamenteneinnahme
- Bei Bedarf
- Dauermedikation

10. Behandelnder Arzt

Von welchem Arzt werden Sie bezüglich der Beschwerden behandelt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Z 15