

Epilepsie - Z 8

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Wie lautet die Ihnen mitgeteilte ärztliche Diagnose genau? _____

Anfallstyp:

generalisierte Anfälle

fokale Anfälle

Grand-Mal-Anfälle

Einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörungen

Absencen (Petit Mal)

Komplex-fokal mit Bewusstseinsstörungen

Tonische Anfälle

Sonstige - welche? _____

Psychogene Anfälle

Sonstige - welche? _____

2. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Erkrankung bekannt?

Schädel-Hirn-Trauma

Strukturveränderungen des Gehirns

Gehirnentzündung (Enzephalitis)

angeborene Epilepsie (genetisch bedingt)

Hirntumor

Stoffwechselstörung des Gehirns

Sonstige Ursache - welche? _____

3. Wann trat bei Ihnen der erste Anfall auf? am: _____

4. Wie lange dauert ein Anfall im Allgemeinen? _____ Minuten

5. Wie häufig treten die Anfälle im Jahr auf? _____ pro Jahr

6. Wann war der letzte Anfall? am: _____

7. Sind Sie derzeit völlig anfalls- und beschwerdefrei? nein ja, seit _____

8. Treten Krämpfe mit Bewusstlosigkeit auf? nein ja

9. Ist es schon einmal zum Status epilepticus gekommen? Wenn ja, wie oft, wann zuletzt? nein ja _____

10. Haben Sie sich während der Anfälle verletzt? nein ja _____
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben
z. B. Zungenbiss, Wunden, usw.!) _____

11. Wurden oder werden bei Ihnen Anfälle (auch berufsbedingt) ausgelöst durch:

Fieber (als Kind)

Stress

Schlafmangel

Lichtreize

Alkoholgenuss

Sonstige - welche? _____

12. Gibt es Auslöser, die Sie nicht vermeiden können? nein ja, welche? _____

13. Wird die Epilepsie mit Medikamenten behandelt? nein ja, seit : _____
 zeitweise regelmäßig
mit _____ Dosierung: _____

14. Rauchen Sie? nein ja
Wie viel täglich? Zigaretten _____ Stück/täglich

15. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische Störungen aufgetreten (z.B. Konzentrationsstörungen, Depressionen, Psychose, Suizidversuch)? nein ja
Welche? _____
Wann zuletzt? _____

16. Wurde ein EEG (Messung der Hirnströme) angefertigt bzw. eine Röntgenuntersuchung oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, von wem, Ergebnis?) nein ja, am: _____
Ergebnis: _____

17. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

18. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/ Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer? nein ja, am: _____

19. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt? nein ja _____ % GdB/MdE

20. Können Sie bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausüben? nein, keine Einschränkungen
 ja, Einschränkungen: _____

21. Wurden ärztlicherseits bisher bei Ihnen Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen, Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst, Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung) und Erlaubnisse (z.B. KFZ-Führung) ausgesprochen?
 nein
 ja - Welche Einschränkungen? _____

22. Zusätzliche Angaben: _____

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.