

Kopfschmerzen - Z 15

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:



Advigon Versicherung AG
LV-Antragservice
20911 Hamburg

AD-Nr.:

1. Seit wann besteht die Erkrankung?

- seit der Kindheit
 seit der Jugend

seit _____ wann letztmalig? _____

2. Traten oder treten Ihre Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung (z. Bsp. Hirntumor), einer Gefäßerkrankung (z. Bsp. Hypertonie) oder einem Schädel-Hirn-Trauma auf?

- nein
 ja, bitten machen Sie nähere Angaben: _____

3. Traten oder treten Ihre Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auf?

- nein
 ja, bitten machen Sie nähere Angaben: _____

4. Wie häufig treten Symptome bei Ihnen auf?

_____ 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

bitte geben Sie die AU-Tage an _____

AU-Tage in letzten Jahr: _____ Tage: _____

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