

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Gehirn- und Nervenerkrankungen (1.12)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden des Gehirns (auch Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder der Nerven (auch Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Kopfschmerzen, Schwindelzustände, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen, Ohnmachten, Krampfanfälle, Lähmungen, Empfindungsstörungen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?
(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.) nein ja

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

4. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Schmerzmittel

Medikamentenname: _____

von: ... bis: ...

wie oft täglich? _____

Antiepileptikum

Medikamentenname: _____

von: ... bis: ...

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: ... bis: ...

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? _____

Psychotherapie/Verhaltenstherapie / Gesprächstherapie

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? _____

Akupunktur / Schmerztherapien

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

von: ... bis: ...

wie oft wöchentlich? _____

5. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: ... bis: ...

von: ... bis: ...

6. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT]) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt? nein ja
Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? . .

7. Wurden **in den letzten 5 Jahren** Elektroenzephalogramme (EEG), Liquoruntersuchungen, Nervenleitgeschwindigkeitsmessungen, testpsychologische Untersuchungen oder andere Hirnleistungstests durchgeführt? nein ja
Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche?

Wann? . .

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? nein ja
Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche?

Wann? . .

9. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? nein ja
Befunde bitte beifügen!

Falls ja, welche?

Wann zuletzt? . .

10. a) Falls **Kopfschmerzen** auftreten/ auftraten: Wie oft im Monat treten/ traten diese auf und wie lange dauern / dauerten die Schmerzen im Allgemeinen?

Häufigkeit pro Monat: _____

Dauer: _____

b) Bestehen/ bestanden dabei oder danach weitere Beschwerden wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Lähmungen? nein ja

Falls ja, welche?

11. a) Falls Sie unter **Epilepsie** leiden: Wie oft pro Jahr treten die Anfälle auf, wann treten sie auf und wie lange dauern sie im Allgemeinen??

Häufigkeit pro Monat: _____

nur bei Tag nur bei Nacht / im Schlaf zeitunabhängig

Dauer: _____

b) Tritt eine Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsstörung bei den Anfällen auf? nein ja

Falls ja, wie lange dauert sie an?

c) Haben Sie sich im Anfall schon eine Verletzung zugezogen (Zungenbisse oder andere Verletzungen)? nein ja

Falls ja, wie lange dauert sie an?

d) Wie bezeichnete der Arzt/ Therapeut die Beschwerden (z.B. Grand-Mal-,Petit-Mal-Epilepsie, Narkolepsie, fokale Anfälle, etc.)?

12. Sind Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schwindel, Belastungseinschränkungen, Schlafstörungen, Angstzustände, Gefühlsstörungen, Lähmungen)? nein ja

Falls ja, welche?

13. Sind bei Ihrer Tätigkeit Arbeiten mit Absturzgefahr oder an laufenden Maschinen bzw. das Führen von Fahrzeugen oder Schichtarbeit nötig? nein ja

Falls ja, welche?

14. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x