

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_  
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung  
bzw. in der Angebotsanforderung)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

## Migräne/ Kopfschmerzen

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- Migräne (mit oder ohne Aura)
- Spannungskopfschmerz
- Clusterkopfschmerz
- Sonstige, welche?

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- Augenflimmern
- Erbrechen, Übelkeit
- Geruchs- oder Geräuschempfindlichkeit
- Kopfschmerzen
- Sonstige, welche?
- Lichtempfindlichkeit
- Sehstörungen
- Schwindel
- Sprachstörungen

Wurde eine Ursache festgestellt?  ja  nein

Wenn „ja“, welche?

---

Haben Sie heute noch Beschwerden?  ja  nein

Wenn „ja“, welche?

---

Wann sind die Beschwerden erstmals und wann zuletzt aufgetreten?

erstmalig? \_\_\_\_\_ zuletzt? \_\_\_\_\_

In welchen Zeitabständen treten  
die Beschwerden auf?

\_\_\_\_\_ mal/ Tag \_\_\_\_\_ mal/ Woche

\_\_\_\_\_ mal/ Monat \_\_\_\_\_ mal/ Jahr

Wie oft treten die Beschwerden auf?

einmalig  wiederholt  andauernd  zyklusabhängig

Wie lange dauern die Beschwerden an? \_\_\_\_\_ Stunden

Konnte ein raumfordernder Prozess ausgeschlossen  
werden (z.B. Aneurysma, Blutung, Tumor, Zyste)?  ja  nein

Wenn „nein“, um was handelt es sich?

---

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt?

- neurologische Untersuchung Wann? \_\_\_\_\_
- Computertomographie Wann? \_\_\_\_\_
- Kernspintomographie Wann? \_\_\_\_\_
- Sonstige, welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Wie lauten die Befunde?

---

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!**

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt?

- Akupunktur von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Autogenes Training von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- physikalische Maßnahmen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- medikamentöse Therapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- psychotherapeutische Maßnahme von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Sonstige, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein

Wenn „ja“, Name? - Dosierung?

---

(„Dosierung bzw. wie oft im Jahr und wie lange benötigen Sie Medikamente?“: z.B. 12x im Jahr über 3 Tage - 2 Tabletten je Tag)

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? \_\_\_\_\_

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?  ja  nein

Wenn „ja“, seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen? \_\_\_\_\_

Sind weitere diagnostische und/oder  
therapeutische Maßnahmen notwendig,  
angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein

Wenn „ja“, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

### Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten