

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

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

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

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

Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Augenflimmern | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen, Übelkeit | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Geruchs- oder Geräuschempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |
-

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?

erstmals? _____ 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)
