

## Antragsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

## KRANKHEITEN

### Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migräne  | <input type="checkbox"/> Andere Kopfschmerzen                    | <input type="checkbox"/> Schlaganfall        |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie)  | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose                       | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen   | <input type="checkbox"/> Tumore des Nervensystems                | <input type="checkbox"/> Lähmungen           |
| <input type="checkbox"/> Gehirnentzündung (Encephalitis)  | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis)         | <input type="checkbox"/> Polyneuropathien    |
| <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> Verletzungen von Nerven                 | <input type="checkbox"/> Schwindel           |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen des Gehirns   | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten der peripheren Nerven | <input type="checkbox"/> Ohnmacht            |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen mit neurologischen Symptomen                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) |  |  |
| <input type="checkbox"/> Andere hier nicht genannte Erkrankungen  |  |  |

### Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung

Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen für jede Erkrankung getrennt beantworten.

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? \_\_\_\_\_

Bestehen Folgen der Erkrankung?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Genauere medizinische Diagnose \_\_\_\_\_

Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art? \_\_\_\_\_

Bestehen Folgen der Erkrankung?  Nein  Ja, welche?

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein!

### KOPFSCHMERZEN

**Wie wurden die Kopfschmerzen ärztlich bezeichnet?**

Diagnose \_\_\_\_\_

Wie häufig treten diese im Monat/Jahr auf? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Kündigen sich die Kopfschmerzen durch von Ihnen wahrgenommene Vorauszeichen (Aura) an?

Nein  Ja Wenn **Ja**, bitte Aura beschreiben \_\_\_\_\_

Zu welchen Tageszeiten/Anlässen treten Kopfschmerzen auf? \_\_\_\_\_

### KRAMPFANFÄLLE/EPILEPSIE

**Wie werden die Krampfanfälle ärztlich bezeichnet (z. B. Grand Mal, Jackson-Anfälle, etc.)?**

Diagnose \_\_\_\_\_

Wie häufig treten diese im Monat/Jahr auf? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? (MM/JJ) \_\_\_\_\_

Kündigen sich die Anfälle durch von Ihnen wahrgenommene Vorauszeichen (Aura) an?

Nein  Ja Wenn **Ja**, bitte Aura beschreiben \_\_\_\_\_

Zu welchen Tageszeiten/Anlässen treten die Krampfanfälle auf? \_\_\_\_\_

### BLUT- UND LABORWERTE

**Sind Ihnen abweichende Blut- oder Laborwerte (Leberwerte, Hepatitisviren, etc.) bekannt?**

Nein  Ja, welche (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM/JJ, ggf. Zeitpunkt)

## UNTERSUCHUNGEN/BEHANDLUNGEN

Wann erfolgten bei Ihnen spezielle Untersuchungen oder Behandlungen, bzw. wann sind diese geplant?

- Ultraschalluntersuchungen       Computertomographie (CT)       Kernspin (MRT)  
 Punktion Nervenwasser (Liquor)       Hirnstromableitung (EEG)       Röntgenuntersuchung  
 Muskelfunktionsmessung (EMG)       Nervenleitgeschwindigkeit (NLG)       Nervenpotentialmessung  
 Implantation (Schrittmacher/Stimulationssonde)  
 Muskel- oder Nervengewebeentnahme (Biopsie)  
 Nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie)  
 Operation (Welche?) \_\_\_\_\_  
 Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden \_\_\_\_\_

Datum (MM/JJ), ggf. Zeitpunkt	Befund/Maßnahme

## MEDIKAMENTE

Welche Medikamente (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt etc.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Einnahme Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Einnahme Beginn (MM/JJ) \_\_\_\_\_ ggf. Einnahme Ende (MM/JJ) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen arbeitsunfähig?  Nein  Ja

Wenn Ja, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine Notarztbehandlung?  Nein  Ja

Wenn Ja, wann \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

## KRANKENHAUSAUFENTHALTE, REHAS UND KUREN

**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren! Erfolgte wegen der Erkrankungen/ Funktionsstörungen in den letzten 10 Jahren eine stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.**

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Wenn **Ja**, wann \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

## BEHANDELNDE ÄRZTE

**Von welchem Arzt oder Krankenhaus wurden Sie wegen Ihrer angegebenen Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt?** Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

Zeitpunkt/-raum \_\_\_\_\_

Art der Untersuchung \_\_\_\_\_

## ZUSÄTZLICHE ANGABEN

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben

Zusätzliche Angaben sind beigefügt

Anzahl Extrablätter \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person