



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

<b>Beginn</b> (MM.JJJJ)	<b>ggf. Ende</b> (MM.JJJJ)	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 Ihre **Kopfschmerzen** ärztlich bezeichnet (Diagnose)? \_\_\_\_\_

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

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

nein  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.)? \_\_\_\_\_

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

Zu welcher Tageszeit oder zu welchen Anlässen treten die Krampfanfälle auf? \_\_\_\_\_

Geht den Anfällen eine Phase voraus, in denen sich der Anfall jeweils ankündigt (sog. Aura)?

nein  ja (bitte Aura beschreiben) \_\_\_\_\_

**Blut- und Laborwerte**

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

nein  ja (Fotokopie ggf. beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Untersuchungen/  
Behandlungen**

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

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. Ultraschalluntersuchung         | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2. Punktion Nervenwasser (Liquor)  | 9. Computertomographie (CT)                         |
| 3. Hirnstromableitung (EEG)        | 10. Kernspin (MRT)                                  |
| 4. Röntgenuntersuchung             | 11. Muskel- oder Nervengewebeentnahme (Biopsie)     |
| 5. Muskelfunktionsmessung (EMG)    | 12. Operation (Welche?)                             |
| 6. Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) | 13. Implantation (Schrittmacher/Stimulationssonde)  |
| 7. Nervenpotentialmessung          |   |
14. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer \_\_\_\_\_ Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

**Befund/Maßnahme**

\_\_\_\_\_

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Befund/Maßnahme**


---

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

Name des Medikaments

---

<b>Einnahme Beginn</b> (MM.JJJJ)	<b>ggf. Einnahme Ende</b> (MM.JJJJ)	<b>Dosis</b>
-------------------------------------	--	--------------

--	--	--

Name des Medikaments

---

<b>Einnahme Beginn</b> (MM.JJJJ)	<b>ggf. Einnahme Ende</b> (MM.JJJJ)	<b>Dosis</b>
-------------------------------------	--	--------------

--	--	--

**Arbeitsunfähig**Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja**Diagnose**

Zeitraum (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

---

**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein  ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grund

---

**Krankenhausbehandlungen, 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.

**Diagnose**


---

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Diagnose**


---

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährender Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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 und Anschrift

---



---

Zeitpunkt/Zeitraum      welche 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 beigelegt**

Anzahl Extrablätter

---

**Schlussklärung und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

---

**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

---