

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Kopfschmerzen/Migräne

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Form von Kopfschmerz liegt vor? (ärztliche Diagnose)

- Spannungskopfschmerz
- Migräne ohne Aura
- Migräne mit Aura
- Kopfschmerz durch Medikamenteneinnahme verursacht
- Cluster-Kopfschmerz, Kopfschmerz vom Bing Horten Typ
- Kopfschmerzen ohne nähere Bezeichnung

2. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einer Erkrankung auf? (z. B. Hirntumor, Aneurysma, orthopädische Erkrankung)

- ja, welche _____
wann _____
_____ behandelnder Arzt mit vollständiger Anschrift
- nein

Wurde eine Kernspintomographie (MRT) des Gehirns durchgeführt?

- ja, wann _____
Ergebnis _____
- nein

3. Leiden oder litten Sie an psychischen oder psychosomatischen Störungen/Beschwerden?

- ja, welche _____
wann _____
_____ behandelnder Arzt mit vollständiger Anschrift
- nein

4. Haben Sie im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen zusätzliche Beschwerden?

- ja
 - Übelkeit
 - Erbrechen
 - Lichtempfindlichkeit
 - Sprachstörungen
 - Sehstörungen
 - Schwindel
 - Gefühllosigkeit der
 - Zunge
 - Arme
 - Beine
 - andere _____
- nein

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschütscher,
Thomas Buess, Monika Bütler, Adrienne Corboud Fumagalli,
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker,
Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Landesbank Hessen-Thüringen
IBAN DE96 5005 0000 0000 0035 09
BIC HELA DE FF XXX
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN: Kopfschmerzen/Migräne

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

5. Wann traten die Kopfschmerzen erstmals auf?

6. Bitte geben Sie noch folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen an:

wann zuletzt aufgetreten _____

- Häufigkeit max. 1 - 2 Tage pro Monat
 3 - 7 Tage pro Monat
 mehr als 7 Tage pro Monat

Arbeitsunfähigkeitstage wegen Kopfschmerzen pro Jahr

- keine
 bis 1 Woche
 bis 2 Wochen
 mehr als 2 Wochen

7. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein?

ja, 1 Medikament
welches _____

ja, Medikamentenkombination
welche _____

wie oft _____

- täglich
 1 - 2 mal pro Woche
 1 - 2 mal pro Monat
 Prophylaxe über mehrere Monate täglich

wann zuletzt _____

nein

8. Welchen Arzt nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?

(Name und vollständige Adresse)

Zeitpunkt der Behandlung

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter