

## Zusatzklärung Epilepsie

Zu versichernde Person: _____ Geburtsdatum: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)  Beruf: _____
<b>Erläuterungen</b>	<p><b>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</b></p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie <b>uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben</b>, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. <b>Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</b></p>
<b>Art der Epilepsie</b>	In welchem Jahr sind die epileptischen Anfälle erstmalig aufgetreten? _____ (Monat/Jahr) Wie oft treten die Anfälle im Jahr auf? _____ mal/Jahr                      letzter Anfall _____ (Monat/Jahr) Wann treten Sie auf? <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> bei Stress/Aufregung <input type="checkbox"/> nach Alkoholgenuß <input type="checkbox"/> bei Schlafmangel <input type="checkbox"/> durch Lichtreize (z.B. Fernsehen) <input type="checkbox"/> Fieber (bei Kindern) Wie lange dauert ein Anfall im Schnitt? _____ Wie verläuft der Anfall? <input type="checkbox"/> kurzzeitiger Schwindel <input type="checkbox"/> leichte Ohnmacht <input type="checkbox"/> längere Ohnmacht <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ Welchen Anfallstyp hat der Arzt diagnostiziert? Fokale Anfälle: <input type="checkbox"/> einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörung <input type="checkbox"/> komplex-fokal mit Bewusstseinsstörung Generalisierte Anfälle: <input type="checkbox"/> Grand-Mal-Anfall <input type="checkbox"/> Petit-Mal-Anfall (Absencen) <input type="checkbox"/> Tonsischer Anfall <input type="checkbox"/> Tonsisch-klonischer Anfall Sonstige Bezeichnung _____
<b>Ursachen</b>	Welche Ursachen wurden für die Erkrankung festgestellt? <input type="checkbox"/> Ursache unbekannt <input type="checkbox"/> Hirntumor <input type="checkbox"/> Medikamenten-/Drogenkonsum <input type="checkbox"/> Erbliche Störung <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Hirninfektion <input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Erkrankung <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen <input type="checkbox"/> Sonstige Ursachen _____
<b>Unter-Suchung</b>	Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen wann durchgeführt? <input type="checkbox"/> Kernspintographie/MRT _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> EEG _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Röntgen/CT _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> Labor _____ (Monat/Jahr) Mit welchem Ergebnis? _____
<b>Ärzte</b>	Welche Ärzte haben Sie deswegen in den letzten 5 Jahren behandelt (Name und Anschrift)? _____ _____ Welcher Arzt behandelt Sie derzeit? _____ Seit wann und wie wird die Epilepsie therapiert?                      seit _____ (Monat/Jahr)                      Wie _____ Bei medikamentöser Therapie bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____ Die Einnahme erfolgt <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf Die Symptome haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben anfallsfrei seit _____ (Monat/Jahr)

# Zusatzklärung Epilepsie

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
 (bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Seite 2 von 2

**Weitere Fragen an die zu versichernde Person**

Sind im Rahmen der Erkrankung psychische Störungen aufgetreten  
 nein  ja  Konzentrationsstörungen  Demenz  Depressionen  Psychosen  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Welche Operationen minimalinvasive Eingriffe (zu therapeutischen Zwecken) wurden wegen der Epilepsie durchgeführt?  
 \_\_\_\_\_  
 oder welche sind geplant? \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
 Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?  
 nein  ja, warum? \_\_\_\_\_  
 wie lange? \_\_\_\_\_ Wochen wie oft \_\_\_ mal wann zuletzt \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Wurden ärztlicherseits Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen, Rettungswesen, Personentransport) oder Erlaubnisse (z.B. das Führen eines Kfz) ausgesprochen?  
 nein  ja, welche / Grund? \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  dauerhaft

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?  
 nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?  
 nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?  nein  ja  
 Planen Sie einen solchen Wechsel?  nein  ja  
 Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?  nein  ja

**Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.**

**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !**  
**Bitte immer beantworten:**  
 Folgen noch weitere Angaben?  
 ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt \_\_\_\_\_ Seiten  
 ja, es folgen noch weitere Angaben

**Unterschrift**

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

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

**Belehrung**

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

**Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**  
 Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

**Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**  
 Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.