

Zusatzklärung Kopfschmerz / Migräne

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																										
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																										
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, 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. 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.</p>																										
Diagnose	<p>Wie lautete die Diagnose des Arztes genau?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz</td> <td><input type="checkbox"/> einfache Migräne</td> <td><input type="checkbox"/> Migraine accompagnée</td> <td><input type="checkbox"/> klassische Migräne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Belastungsmigräne</td> <td><input type="checkbox"/> Clusterkopfschmerz</td> <td><input type="checkbox"/> Neuralgie</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Was hat der Arzt als Ursache für die Kopfschmerzen diagnostiziert?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wirbelsäulenschaden</td> <td><input type="checkbox"/> Gehirnerkrankung</td> <td><input type="checkbox"/> bakterielle/Virusinfektion</td> <td><input type="checkbox"/> Unfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medikamentennebenwirkung</td> <td><input type="checkbox"/> psychische Störung</td> <td><input type="checkbox"/> HNO-Krankheit</td> <td><input type="checkbox"/> Umfeldbelastung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Augenerkrankung</td> <td><input type="checkbox"/> Stress/Angst</td> <td><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt? _____ (Monat/Jahr)</p>	<input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz	<input type="checkbox"/> einfache Migräne	<input type="checkbox"/> Migraine accompagnée	<input type="checkbox"/> klassische Migräne	<input type="checkbox"/> Belastungsmigräne	<input type="checkbox"/> Clusterkopfschmerz	<input type="checkbox"/> Neuralgie		<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenschaden	<input type="checkbox"/> Gehirnerkrankung	<input type="checkbox"/> bakterielle/Virusinfektion	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Medikamentennebenwirkung	<input type="checkbox"/> psychische Störung	<input type="checkbox"/> HNO-Krankheit	<input type="checkbox"/> Umfeldbelastung	<input type="checkbox"/> Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> Stress/Angst	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck							
<input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz	<input type="checkbox"/> einfache Migräne	<input type="checkbox"/> Migraine accompagnée	<input type="checkbox"/> klassische Migräne																								
<input type="checkbox"/> Belastungsmigräne	<input type="checkbox"/> Clusterkopfschmerz	<input type="checkbox"/> Neuralgie																									
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenschaden	<input type="checkbox"/> Gehirnerkrankung	<input type="checkbox"/> bakterielle/Virusinfektion	<input type="checkbox"/> Unfall																								
<input type="checkbox"/> Medikamentennebenwirkung	<input type="checkbox"/> psychische Störung	<input type="checkbox"/> HNO-Krankheit	<input type="checkbox"/> Umfeldbelastung																								
<input type="checkbox"/> Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> Stress/Angst	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck																									
Ausprägung/ Begleiter- scheinungen	<p>Welche Ausprägung haben die Kopfschmerzen?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> von der Halswirbelsäule ausstrahlend</td> <td><input type="checkbox"/> pulsierender/hämmernder Kopfschmerz</td> <td><input type="checkbox"/> Gesichtsschmerz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> den ganzen Kopf erfassend</td> <td><input type="checkbox"/> stechend/in kurzen Intervallen</td> <td><input type="checkbox"/> einseitig auftretend</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p> <p>Welche Begleiterscheinungen treten auf?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seh-/Hörstörung</td> <td><input type="checkbox"/> Übelkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Augenlidschlaffung</td> <td><input type="checkbox"/> Benommenheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Verwirrtheit</td> <td><input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen</td> <td><input type="checkbox"/> Augenflimmern</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Erbrechen</td> <td><input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfälle</td> <td><input type="checkbox"/> Durchfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Halluzinationen</td> <td><input type="checkbox"/> Schwindel</td> <td><input type="checkbox"/> Nasenverstopfung</td> <td><input type="checkbox"/> Tinnitus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Missempfindungen</td> <td><input type="checkbox"/> Visionen</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<input type="checkbox"/> von der Halswirbelsäule ausstrahlend	<input type="checkbox"/> pulsierender/hämmernder Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Gesichtsschmerz	<input type="checkbox"/> den ganzen Kopf erfassend	<input type="checkbox"/> stechend/in kurzen Intervallen	<input type="checkbox"/> einseitig auftretend	<input type="checkbox"/> Seh-/Hörstörung	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Augenlidschlaffung	<input type="checkbox"/> Benommenheit	<input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen	<input type="checkbox"/> Augenflimmern	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfälle	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Nasenverstopfung	<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Missempfindungen	<input type="checkbox"/> Visionen		
<input type="checkbox"/> von der Halswirbelsäule ausstrahlend	<input type="checkbox"/> pulsierender/hämmernder Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Gesichtsschmerz																									
<input type="checkbox"/> den ganzen Kopf erfassend	<input type="checkbox"/> stechend/in kurzen Intervallen	<input type="checkbox"/> einseitig auftretend																									
<input type="checkbox"/> Seh-/Hörstörung	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Augenlidschlaffung	<input type="checkbox"/> Benommenheit																								
<input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen	<input type="checkbox"/> Augenflimmern																								
<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfälle	<input type="checkbox"/> Durchfall																								
<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Nasenverstopfung	<input type="checkbox"/> Tinnitus																								
<input type="checkbox"/> Missempfindungen	<input type="checkbox"/> Visionen																										
Intervalle/ Ausiöser	<p>Wann traten die Krankheitszeichen erstmals auf? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>In welchen Intervallen treten die Kopfschmerzen auf?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> täglich</td> <td><input type="checkbox"/> wöchentlich</td> <td><input type="checkbox"/> monatlich</td> <td><input type="checkbox"/> ___ mal im Jahr</td> </tr> </table> <p>Was kann bei Ihnen Kopfschmerzanfälle auslösen?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> körperliche Anstrengung</td> <td><input type="checkbox"/> Schlafunterbrechung</td> <td><input type="checkbox"/> Blutdrucksteigerung</td> <td><input type="checkbox"/> seelische Anspannung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wetterwechsel</td> <td><input type="checkbox"/> Schlafmangel</td> <td><input type="checkbox"/> Nahrungsmittel</td> <td><input type="checkbox"/> Hunger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alkohol</td> <td><input type="checkbox"/> Lichter</td> <td><input type="checkbox"/> Lärm</td> <td><input type="checkbox"/> Kälte</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Hitze</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> ___ mal im Jahr	<input type="checkbox"/> körperliche Anstrengung	<input type="checkbox"/> Schlafunterbrechung	<input type="checkbox"/> Blutdrucksteigerung	<input type="checkbox"/> seelische Anspannung	<input type="checkbox"/> Wetterwechsel	<input type="checkbox"/> Schlafmangel	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> Hunger	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Lichter	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Kälte				<input type="checkbox"/> Hitze						
<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> ___ mal im Jahr																								
<input type="checkbox"/> körperliche Anstrengung	<input type="checkbox"/> Schlafunterbrechung	<input type="checkbox"/> Blutdrucksteigerung	<input type="checkbox"/> seelische Anspannung																								
<input type="checkbox"/> Wetterwechsel	<input type="checkbox"/> Schlafmangel	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> Hunger																								
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Lichter	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Kälte																								
			<input type="checkbox"/> Hitze																								
Maßnahmen	<p>Welche Sofortmaßnahme(n) ergreifen Sie bei Einsetzen der Kopfschmerzen?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dunkelheit</td> <td><input type="checkbox"/> Ruhe</td> <td><input type="checkbox"/> Liegen</td> <td><input type="checkbox"/> Medikamente</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>	<input type="checkbox"/> Dunkelheit	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Liegen	<input type="checkbox"/> Medikamente																						
<input type="checkbox"/> Dunkelheit	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Liegen	<input type="checkbox"/> Medikamente																								
Medikamente	<p>Welche Medikamente verwenden Sie in welcher Dosierung? _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> vorbeugend <input type="checkbox"/> bei Bedarf</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																										

Zusatzklärung Kopfschmerz / Migräne

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 3
	Kam es im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme zu Vergiftungen oder anderen Nebenwirkungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/Jahr) Welche? _____
Unter- suchungen	Welche Untersuchungen wurden zur Abklärung durchgeführt? <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie (MRT) _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Augenuntersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Lumbalpunktion _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Urologische Untersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Psychologische Untersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Orthopädische Untersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Neurologische Untersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> sonstige Untersuchung: _____
Behandlung	Welche Behandlungen/Maßnahmen erfolgten außerdem? <input type="checkbox"/> psychologisch/psychiatrische Behandlung <input type="checkbox"/> stationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel <input type="checkbox"/> Kurbehandlung <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wann / bei welchem Arzt / in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____ _____
Sonstige Er- krankungen	Welche nachstehenden Erkrankungen traten in diesem Zusammenhang noch auf? (Bitte auch die entsprechende Zusatzklärung ausfüllen) <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauferkrankung <input type="checkbox"/> Erkrankung des Gefäßsystems <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Einschränkung der Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Haben Sie Selbsttötungsversuche unternommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____ (Monat/Jahr)
Weitere Fragen an die zu versichernde Person	Welche Ärzte haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen Kopfschmerzen von wann bis wann behandelt/beraten (Name und Anschrift)? _____ Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr) Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____

Zusatzklärung Kopfschmerz / Migräne

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3
	<p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Rauchen Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, was und wie viel pro Tag? _____ Stück/täglich</p> <p><input type="checkbox"/> nein, seit wann nicht mehr? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, ich habe noch nie geraucht!</p> <p>Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</p> <p>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</p> <p>Bitte immer beantworten:</p> <p>Folgen noch weitere Angaben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>
Unterschrift	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
Belehrung	<p>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.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?</p> <p>Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</p> <p>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.</p>