
ZUSATZERKLÄRUNG ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG

Antrag vom:

Anschrift:

Name/Vorname des Antragstellers:

Person:

Vers.-Nr.:

Migräne/Kopfschmerzen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

4. Wie wurde behandelt?

2. Welche Beschwerden bestanden bzw. bestehen?

5. Welche Arzneimittel werden eingenommen?
- Dosierung?

- Wann, wie oft und wie lange traten sie auf?

6. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

3. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

7. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort/Datum

Unterschrift