

Selbstauskunft für Migräne/Kopfschmerzen

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

2.1. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

2.2. Wann zuletzt?

2.3. In welchen Abständen?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

5. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

Dosierung?

6. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

7. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

8. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder
berufsunfähig?

ja nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsge-
treu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Be-
standteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den
Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. deren gesetzlichen Vertreter