

Versicherungsnehmer

Versicherungsnummer: _____

Selbstauskunft Migräne, Kopfschmerzen

für _____

Sofern der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.

| | |
|--|---|
| 1. Wie wurde die Erkrankung vom Behandler bezeichnet? _____ _____ | 8. Wurde eine Krankenhaus- oder Kurbehandlung durchgeführt, angeraten oder ist eine geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte nähere Erläuterungen) |
| 2. Welcher Art waren die Beschwerden? _____ _____ | 9. Welche Medikamente wurden verordnet? _____ _____ |
| 3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? _____ _____ | 10. In welcher Dosierung erfolgte die Medikation? Über welchen Zeitraum? _____ _____ |
| 4. Treten die Beschwerden wiederkehrend auf? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft und welchen Abstände? _____ _____ Wann zuletzt? | 11. Ist weiterhin eine Medikation erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| 5. Sind auslösende Faktoren der Migräne / Kopfschmerzen bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: | 12. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein, es bestehen noch folgende Beschwerden: |
| 6. Von wann bis wann wurden Sie behandelt? 7. | 13. Welche weiteren Behandlungen sind geplant oder erforderlich? |
| 8. Wie wurden Sie behandelt? | 14. Welcher Arzt kann hierzu Auskunft geben? |

Ich bestätige, dass ich die in dieser Erklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet habe. Über die oben niedergeschriebenen Angaben hinaus habe ich dem Makler/Vermittler keine weiteren Auskünfte zum Gesundheitszustand erteilt. Mir ist bekannt, dass unvollständige bzw. falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

 Ort, Datum

 Unterschriften des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter