

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten fünf Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Anfallsleiden (Epilepsie)

Beschreibung der Beschwerden

Mit welcher Diagnose wird oder wurde Ihre Erkrankung ärztlicherseits beschrieben?

Ist Ihnen der Typ der Epilepsie / der Anfallstyp bekannt? ja nein

Falls ja: Um welchen Typ handelt es sich?

- fokaler Anfall psychogener Anfall sonstiger Typ: _____
- generalisierter Anfall: Grand-Mal-Anfall Absencen (Petit Mal) tonischer Anfall
- sonstiger Anfallstyp: _____

Wodurch wird oder wurde das Anfallsleiden ausgelöst? unbekannt

Wann ist das Anfallsleiden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Wann ist das Anfallsleiden letztmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Sind die (Krampf-) Anfälle wiederholt aufgetreten? ja nein

Falls ja: Wie häufig treten die (Krampf-) Anfälle auf? keine Regelmäßigkeit, bisher ____ Mal aufgetreten

____ mal täglich ____ mal wöchentlich ____ mal monatlich ____ mal jährlich

Treten bei (Krampf-) Anfällen Bewusstseinsstörungen auf? ja nein

Behandlung der Beschwerden

Sind oder waren Sie wegen der Beschwerden in Behandlung? ja nein

Falls ja: Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?

Bei welchem Arzt / welchen Ärzten? (Bitte Name, Fachrichtung und Anschrift angeben)

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein? ja nein

Welche?	Medikament	Dosis	täglich		gelegentlich		eingenommen	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____

Werden bei Ihnen regelmäßige Kontrolluntersuchungen (z. B. Blutspiegel, EEG) durchgeführt? ja nein

Falls ja: Welche? _____

Mit welchem Ergebnis? _____

Bei welchem Arzt? (Bitte Name, Fachrichtung und Anschrift angeben)

Wurden Sie wegen eines epileptischen Anfalls in den letzten 10 Jahren in ein Krankenhaus eingewiesen? ja nein

Falls ja: In welches Krankenhaus und wann? ____ / ____ MM/JJJJ

PESVA01684

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Anfallsleiden (Epilepsie)

Wurde bei Ihnen eine Kernspintomografie oder in den letzten 10 Jahren eine Operation durchgeführt? ja nein

Falls ja: Kernspintomografie Operation, welcher Art? _____

Wann und mit welchem Ergebnis? ____ / ____ MM/JJJJ

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Besteht oder bestand durch die Beschwerden eine Beeinträchtigung in der Berufsausübung? ja nein

Falls ja: In welcher Form? _____

Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit? ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?

Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

Treten bei der Berufsausübung durch das Anfallsleiden besondere Gefahren auf? ja nein

Falls ja: In welcher Form? _____

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten? ja nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein

Wurden ärztlicherseits bei Ihnen Einschränkungen bezüglich Ihrer beruflichen Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen, Polizeidienst, Feuerwehr, Fahrgastbeförderung) oder Erlaubnisse (z.B. Führen von Kfz) ausgesprochen? ja nein

Falls ja: Welche Einschränkung? _____

Wann, wie lange, warum? _____

Wurde die Einschränkung inzwischen aufgehoben? ja nein

Falls ja: Seit wann? ____ / ____ MM/JJJJ

behandelnde Ärzte

Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen? ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person
