

- 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 Migräne / Kopfschmerzen

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leiden oder litten Sie?

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie – wenn möglich – die Diagnose(n) des Arztes an.

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten? ja nein

Falls ja: Wie häufig treten die Beschwerden auf?

- täglich mehrmals wöchentlich mehrmals monatlich maximal zwei Mal pro Monat

Leiden oder litten Sie unter Schmerzattacken? ja nein

Falls ja: Wann war Ihre letzte Schmerzattacke? ____ / ____ MM/JJJJ

Wie lange dauerte eine Schmerzattacke jeweils?

- immer unter 24 Stunden maximal 36 Stunden maximal 72 Stunden mehr als 72 Stunden

Welche Beschwerden außer Kopfschmerzen kommen bei den Schmerzattacken vor?

- Übelkeit / Erbrechen Lähmungen Augenflimmern / Sehstörungen

- keine andere Beschwerden: _____

Bestehen noch Folgen oder Beschwerden? ja nein

Falls ja: Welche?

Treten oder traten bei Ihnen Kopfschmerzen in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung (z. B. Hirntumor), einer Gefäßerkrankung (z. B. Bluthochdruck), einem Schädel-Hirn-Trauma oder einer rheumatischen Erkrankung auf? ja nein

Falls ja: Welche und wann? Durch wen erfolgte eine Behandlung? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

Treten oder traten bei Ihnen Kopfschmerzen in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung? ja nein

Falls ja: Welche und wann? Durch wen erfolgte eine Behandlung? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

Wie treten oder traten Kopfschmerzen bei Ihnen auf?

- mit Lärm- / Geruchsempfindlichkeit mit plötzlichem / anfallsartigen Beginn überwiegend einseitig

- häufig mit Übelkeit / Erbrechen von pochendem / pulsierendem Charakter keine Kopfschmerzen

- anderer Kopfschmerztyp: _____

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 – außer den bereits genannten – stehen oder standen Sie wegen Ihrer Erkrankung in Behandlung? (Bitte Namen, Anschrift und Fachrichtung angeben)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Migräne/Kopfschmerzen

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?

ja nein

Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	bei Bedarf	Dauer-medikation	eingegenommen 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"/>	___/___/___	___/___/___

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?

ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit auch ohne ärztliche Krankschreibung?

ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)

Wie lange waren Sie im letzten Jahr wegen Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig? _____ Kalendertage

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

ja nein

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

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

