ArbeitskraftschutzFlex
IG Bergbau Chemie Energie

Service-Center
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Kopfschmerzen/Migräne

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Form von Kopfschmerz liegt vor?
(ärztliche Diagnose)

- ☐ Spannungskopfschmerz
- ☐ Migräne ohne Aura
- ☐ Migräne mit Aura
- ☐ Kopfschmerz durch Medikamenteneinnahme verursacht
- ☐ Cluster-Kopfschmerz, Kopfschmerz vom Bing Horten Typ
- ☐ Kopfschmerzen ohne nähere Bezeichnung

2. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einer Erkrankung auf?
(z. B. Hirntumor, Aneurysma, orthopädische Erkrankung)

☐ ja, welche _____
wann _____
_____
behandelnder Arzt mit vollständiger Anschrift

☐ nein

Wurde eine Kernspintomographie (MRT) des Gehirns durchgeführt?

☐ ja, wann _____
Ergebnis _____
bitte Befundkopie beifügen

☐ nein

3. Leiden oder litten Sie an psychischen oder psychosomatischen Störungen/Beschwerden?

☐ ja, welche _____
wann _____
_____
_____
behandelnder Arzt mit vollständiger Anschrift

☐ nein

4. Haben Sie im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen zusätzliche Beschwerden?

☐ ja

- ☐ Übelkeit
- ☐ Erbrechen
- ☐ Lichtempfindlichkeit
- ☐ Sprachstörungen
- ☐ Sehstörungen
- ☐ Schwindel
- ☐ Gefühllosigkeit der
  - ☐ Zunge ☐ Arme ☐ Beine
- ☐ andere _____

☐ nein

FRAGEBOGEN: Kopfschmerzen/Migräne
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

5. Wann traten die Kopfschmerzen erstmals auf?

_____

_____

6. Bitte geben Sie noch folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen an:

wann zuletzt aufgetreten _____

Häufigkeit
- ☐ max. 1 - 2 Tage pro Monat
- ☐ 3 - 7 Tage pro Monat
- ☐ mehr als 7 Tage pro Monat

Arbeitsunfähigkeitstage wegen Kopfschmerzen pro Jahr
- ☐ keine
- ☐ bis 1 Woche
- ☐ bis 2 Wochen
- ☐ mehr als 2 Wochen

7. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein?

☐ ja, 1 Medikament
welches _____

☐ ja, Medikamentenkombination
welche _____

wie oft _____
- ☐ täglich
- ☐ 1 - 2 mal pro Woche
- ☐ 1 - 2 mal pro Monat
- ☐ Prophylaxe über mehrere Monate täglich

wann zuletzt _____

☐ nein

8. Welchen Arzt nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

_____

_____

_____
Zeitpunkt der Behandlung

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

_____
Datum

_____
Unterschrift Versicherte Person
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter