

**Medizinische Selbstauskunft**

über Kopfschmerz/Migräne Antragsteller:

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen** \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt)
2. Welche Beschwerden traten/ treten auf?
 

<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Augenflimmern	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Kopfschmerz
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Gefühlstörungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
3. Wie häufig traten die Beschwerden auf?
 

<input type="checkbox"/> einmalig	wann? _____	wie lange? _____
<input type="checkbox"/> wiederholt	seit wann? _____	wann zuletzt? _____
	wie oft jährlich? _____	wie lange jeweils? _____
<input type="checkbox"/> dauernd	seit wann? _____	
4. Ist die Ursache der Kopfschmerzen/Migräne bekannt?
 

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____
-------------------------------	--
5. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Computer-Tomographie (CT) am _____	<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie (MRT) am _____	<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung am _____
<input type="checkbox"/> Elektroenzephalogramm (EEG) am _____	<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung am _____	<input type="checkbox"/> sonstige: _____

**Zu 5.: Bitte fügen Sie die Befundberichte bei. Diese erhalten Sie von Ihrem Haus- oder Facharzt.**

6. Wie wurde behandelt?
 

a) Akupunktur?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele Sitzungen? _____
b) Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name Medikament _____

**Bei Medikamenteneinnahme:** Wie oft im Jahr und wie lange benötigen Sie die Medikamente? Bitte Dosierung angeben. (Bsp.: 4X jährlich über 3 Tage – Dosierung: 2 Tabletten je Tag)

\_\_\_\_\_ X jährlich über \_\_\_\_\_ Tage. Dosierung: \_\_\_\_\_ Tabletten je Tag

c) Nur bei psychischer/ psychovegetativer Ursache: Fanden therapeutische Gespräche statt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele? _____
		Wann zuletzt? _____
d) Fanden sonstige Behandlungen statt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7. Sind Sie jetzt behandlungsfrei?
 

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____
-------------------------------	---
8. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?
 

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____
-------------------------------	---
9. Welcher Arzt kann Auskunft geben? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person