



Zusatzfragen Epilepsie/Krampfanfälle

Name: _____ Geb.-Datum: _____
zum Versicherungsantrag vom: _____

1. a) Wann hatte die zu versichernde Person den ersten Krampfanfall? _____
b) In welchen Zeitabständen treten/traten Anfälle auf (z. B. 1 x in der Woche, ... x im Monat oder ... x im Jahr)?

c) Wann war der letzte Anfall? _____
2. Welche Ursachen haben oder hatten die Krampfanfälle (z. B. unbekannt bzw. angeboren, Verletzung, Entzündung, Tumor, Alkohol- oder Drogenmissbrauch)?

3. Wie äußern sich die Anfälle?
 - a) Wie lange dauern die Anfälle an? _____
 - b) Sind sie verbunden mit Bewusstlosigkeit oder Stürzen?
 ja nein
 - c) Haben Sie sich Verletzungen zugezogen?
 ja nein
Wenn ja, welche?

4. Welche Medikamente wurden in den letzten Jahren eingenommen?
 - a) Name und Dosis

 - b) Über welchen Zeitraum?

 - c) Welches wird zur Zeit eingenommen?

 - d) Welche weiteren Behandlungen wurden bzw. werden durchgeführt oder sind geplant?

5. a) In welchen Zeitabständen werden Sie untersucht? _____
b) Wann zuletzt? _____
c) Welches Ergebnis hatte die Untersuchung?

Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte oder Krankenhausentlassungsberichte bei!

Arztanfragen werden von uns nicht gehalten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des Erziehungsberechtigten