



## Fragebogen Epilepsie

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

a) Erster epileptischer Anfall: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

b) Hatten Sie in den letzten fünf Jahren Anfälle?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Wie häufig? Wann jeweils? Ursache? Haben Sie sich verletzt?  
Welche Medikamente wurden eingenommen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Letzter epileptischer Anfall: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

2. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihrer Behandlung / Therapie mit:

Keine Behandlung

Medikamente:

Name	Dosierung			Zeitraum der Einnahme
	morgens	mittags	abends	
	mg	mg	mg	
	mg	mg	mg	

Sonstige: \_\_\_\_\_

3. Wurde die Epilepsie durch eine andere Erkrankung verursacht?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Welche? Wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns die Berichte ein!

4. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig?

Bei Schülern und Studenten geben Sie bitte die krankheitsbedingten Fehltage an:

Nein

Ja, von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage

von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage

von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage

5. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung behandelt?  
Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

---

---

**Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des volljährigen  
zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

---

Unterschrift der/des  
gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)