



Fragebogen Kopfschmerzen / Migräne

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. Liegen bei Ihnen folgende Symptome / Begleiterkrankungen im Zusammenhang mit Kopfschmerzen / Migräne vor?

- Übelkeit / Erbrechen
- Vorübergehende Sehstörungen, Lichtempfindlichkeit, Doppelsehen
- Geräuschempfindlichkeit
- Sprachstörungen
- Missempfindungen (Kribbeln, Taubheit, Lähmungen, Gangunsicherheit)
- Schwindel
- Müdigkeit
- Psychische oder psychosomatische Beschwerden
(z. B. Stress, Aufregung, Reizmagen, Reizdarm)
- Herz-Kreislaufbeschwerden (z.B. niedriger / hoher Blutdruck, Herzrasen)
- Tinnitus / Ohrgeräusche
- Verspannungen
- Weitere Symptome / Begleiterkrankungen: _____
- Keine

Sofern o. g. Symptome / Begleiterkrankungen vorliegen, machen Sie bitte nähere Angaben (Ausprägung, Dauer, Therapie):

2. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen / zu Ihrer Migräne mit:

a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden? _____

b) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden? _____

c) Weitere Angabe zu den Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre:

| Jahr | Häufigkeit (Anzahl pro Jahr) | jeweilige Schmerz- dauer in Stunden | Medikamente (Name, Einnahmehäufigkeit und Dosierung) | AU Tage wegen Kopfschmerzen/ Migräne (Anzahl pro Jahr) |
|------|------------------------------------|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3. Haben sich Ihre Kopfschmerzen / Ihre Migräne im Verlauf der letzten 5 Jahre:
 Verbessert Verschlechtert Nicht verändert
4. Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung (z. B. Gehirntumor) oder einer Verletzung (z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Schleudertrauma) auf?
 Nein Ja, folgende _____
5. Wurde von Ihrem Arzt ein Cluster –Kopfschmerz oder ein Kopfschmerz vom Typ Bing Horton diagnostiziert?
 Nein Ja
6. Welche Therapien/Maßnahmen wurden bisher durchgeführt? (z. B. Dauermedikation, Akupunktur, Wirbelsäulenmassage, Entspannungstechniken, Sport/Freizeitaktivitäten etc.) – Art, Datum, Häufigkeit, Zeitraum, Ergebnis

7. Welchen Arzt / welche Ärzte nehmen / nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch? (Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung)?

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen,
bitten wir um Übersendung / Einreichung.**

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 zu Versichernden