

Selbstauskunft Kopfschmerzen / Migräne

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person		Antrag vom:	
Geburtsdatum:		Antragsteller / Vers.-Nummer:	
Anschrift:			

Kopfschmerzen / Migräne

Frage 1:	a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?	
	b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (Bitte Name und Anschrift angeben)	
	c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	
Frage 2:	a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?	
	b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?	
	c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Kopfschmerzen / Migräne

Frage 2:

d) Wie häufig sind die Kopfschmerzen zuletzt aufgetreten und wie lange dauern die Kopfschmerzen an? (z. B. max. 1-2 Mal pro Monat, unter 24h)

e) Treten oder traten ihre Kopfschmerzen innerhalb der letzten fünf Jahre im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen (z. B. Hirntumor), einer Gefäßerkrankung (z.B. Hypertonie), einem Schädel-Hirn-Trauma oder einer rheumatischen Erkrankung auf?

f) Wie treten oder traten die Kopfschmerzen auf? (z. B. einseitig, beidseitig, nie länger als 72 Stunden, etc.)

Nein

☐

Ja

☐

Falls eine Aufzählung zutrifft, bitte näher erläutern.

Frage 3:

a) Sind / Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig?
Bitte Befunde beifügen.

b) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum?

Nein

☐

Ja

☐

Ambulant

☐

Stationär

☐

Wann? (Zeitraum)

Wo? (bitte Name und Anschrift angeben)

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Kopfschmerzen / Migräne

Frage 4:

a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?

b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach- / Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen.

Nein☐Ja☐

c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen.

d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Bestrahlungen, Desensibilisierung, etc.)
Falls ja, welche?

e) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?

Nein☐Ja☐

Frage 5:

a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente?
Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?

Nein☐Ja☐

b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?

c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?

Nein☐Ja☐

Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?

Nein☐Ja☐

Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Kopfschmerzen / Migräne

Frage 5:	e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)? Bitte Befund beifügen.	Nein ☐ Ja ☐	
Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, seit wann?
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?		
Frage 7:	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?		
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?		
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.		

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.		
Datum der Antragstellung	Ort	Unterschrift versicherte Person