

# Fragebogen Kopfschmerz

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. - Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe umfassen.

## 1 Persönliche Angaben

Name/Vorname/Titel/Firmenname

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beruf

Versicherungsnummer

## 2 Gesundheitsfragen

1. **Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen in Zusammenhang mit einer neurologischen Erkrankung (z.B. Hirntumor), einer Gefäßerkrankung (z.B. Hypertonie), einem Schädel-Hirn-Trauma oder einer rheumatischen Erkrankung auf?**

**Nein**

**Ja** bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. **Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auf?**

**Nein**

**Ja** bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. **Welche Form(en) von Kopfschmerzen treten oder traten bei Ihnen auf?**

**Bing-Horten-Kopfschmerz**

**Cluster-Kopfschmerz**

**Migräne**

**Spannungskopfschmerz**

**Sonstige** bitte machen Sie nähere Angaben: \_\_\_\_\_

4. **Treten oder traten Ihre Kopfschmerzen mit Aura / neurologischen Symptomen wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen auf?**

**Nein**

**Ja**

5. **Bitte geben Sie noch folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen an:**

• Wann zuletzt aufgetreten?

vor mehr als 3 Jahren

innerhalb der letzten 3 Jahre

• Häufigkeit

< 4 Tage/Monat

4 - 14 Tage/Monat

≥ 15 Tage/Monat

• Schmerzdauer jeweils

immer unter 24 Stunden

24 - 36 Stunden

über 36 Stunden

• Medikamente

nur bei Bedarf, keine Dauermedikation

Dauermedikation mit nur 1 Präparat

Dauermedikation mit mehr als 1 Präparat

• AU-Tage wegen Kopfschmerzen

bis 12 Tage/Jahr

12 - 15 Tage/Jahr

über 15 Tage/Jahr

6. **Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?**

Hausarzt    Orthopäde    Neurologe    Sonstige: \_\_\_\_\_

**Name, Anschrift:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

- Zusätzliche Angaben sind beigefügt
- Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben
- Es folgen noch Angaben; Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_\_

### 3 Schlusserklärung

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift des **Versicherungsnehmers**

Unterschrift der zu **versichernden Person**,  
(falls nicht Versicherungsnehmer)

Unterschrift(en) **gesetzliche Vertreter**