Medizinische Selbstauskunft
über Kopfschmerz/Migräne Antragsteller:

Netfonds AG

Antragsteller:_____ Mitgl.-/Bearb.-Nr.:_____

Zu versichernde Person: _____ Antrag/Anfrage vom: _____

Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen_____

_____

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt)
2. Welche Beschwerden traten/ treten auf?
   ☐ Übelkeit ☐ Augenflimmern ☐ Erbrechen ☐ Schwindel ☐ Kopfschmerz
   ☐ Hörstörungen ☐ Gefühlstörungen ☐ Sprachstörungen ☐ Lichtempfindlichkeit ☐ Sonstiges:_____
3. Wie häufig traten die Beschwerden auf?
   ☐ einmalig wann? _____ wie lange? _____
   ☐ wiederholt seit wann? _____ wann zuletzt? _____
   wie oft jährlich? _____ wie lange jeweils? _____
   ☐ dauernd seit wann? _____
4. Ist die Ursache der Kopfschmerzen/Migräne bekannt? ☐ nein ☐ ja, welche?_____
5. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

□ Computer-Tomographie (CT) am_____	□ Magnetresonanztomographie (MRT) am_____	□ Blutuntersuchung am_____
□ Elektroenzephalogramm (EEG) am_____	□ Röntgenuntersuchung am_____	□ sonstige:_____

Zu 5.: Bitte fügen Sie die Befundberichte bei. Diese erhalten Sie von Ihrem Haus- oder Facharzt.

6. Wie wurde behandelt?
   a) Akupunktur? ☐ nein ☐ ja, wie viele Sitzungen?_____
   b) Medikamente? ☐ nein ☐ ja, Name Medikament _____

   Bei Medikamenteneinnahme: Wie oft im Jahr und wie lange benötigen Sie die Medikamente? Bitte Dosierung angeben.(Bsp.: 4X jährlich über 3 Tage – Dosierung: 2 Tabletten je Tag)

   _____X jährlich über_____ Tage. Dosierung: _____ Tabletten je Tag

   c) Nur bei psychischer/ psychovegetativer Ursache: Fanden therapeutische Gespräche statt?
   ☐nein ☐ja, wie viele?_____
   Wann zuletzt?_____

   d) Fanden sonstige Behandlungen statt? ☐nein ☐ja
7. Sind Sie jetzt behandlungsfrei? ☐nein ☐ja, seit wann? _____
8. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? ☐nein ☐ja, seit wann? _____
9. Welcher Arzt kann Auskunft geben? _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.

_____ _____
Datum Unterschrift der zu versichernden volljährigen Person