ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Migräne

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

☐ Migräne ☐ Spannungskopfschmerz
☐ Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden treten auf (Mehrfachnennung möglich)?

☐ Kopfschmerz ☐ Übelkeit/Erbrechen
☐ Schwindel ☐ Sprachstörungen
☐ Augenflimmern ☐ Gefühlsstörungen
☐ Lichtempfindlichkeit ☐ Sonstiges: _____

3. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

☐ einmalig wann:_____ Zeitraum:_____

☐ wiederholt wann erstmalig:_____ Zeitraum:_____
Häufigkeit:_____ letzmalig am:_____

☐ dauernd Häufigkeit:_____ letzmalig am:_____

4. Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?

☐ nein
☐ ja Nähere Angaben: _____

5. Wurde ein Elektroenzephalogramm (EEG) erstellt?

☐ ja (bitte Befund mit einreichen)
☐ nein

6. Wurde ein CT vom Kopf gemacht?

☐ ja (bitte Befund mit einreichen)
☐ nein

7. Fanden psychotherapeutische Behandlungen statt?

☐ ja (bitte Befund mit einreichen)
☐ nein

8. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ ja von: _____ bis: _____ ☐ nein

9. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____
Dosierung: _____
Einnahme seit: _____
☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen**
Welche: _____ Ergebnis: _____

☐ **Behandlungen**
☐ manuelle Therapie Zeitraum:_____ Anzahl/Anw.:____
☐ Krankengymnastik Zeitraum:_____ Anzahl/Anw.:____
☐ Akupunktur Zeitraum:_____ Anzahl/Anw.:____
☐ Fango Zeitraum:_____ Anzahl/Anw.:____
☐ Massagen Zeitraum:_____ Anzahl/Anw.:____

☐ **Sonstiges:** _____

10. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____
☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

11. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein
☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten _____
☐ Sonstiges: _____

12. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

13. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

14. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41 / 905 - 0
Telefax 0 44 41 / 905 - 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Andreas Dienst | Dr. Ulrich Knemeyer | Manfred Schnieders
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 201539

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Dr. Ulrich Knemeyer
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 110012