

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG  
Alte-Oldenburger-Platz 1  
49377 Vechta

D522222

---

---

---

## Selbstauskunft Kopfschmerzen/ Migräne

für \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

1. Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### 2. Wie lautet die Diagnose?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz                 | <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura  |
| <input type="checkbox"/> Cluster Kopfschmerzen                | <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura |
| <input type="checkbox"/> schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____              |  |

### 3. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Kopfschmerzen/ Migräne.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unbekannt                               | <input type="checkbox"/> Hormonschwankungen                     |
| <input type="checkbox"/> psychische Ursachen/ Stress             | <input type="checkbox"/> Halswirbelsäulenbeschwerden            |
| <input type="checkbox"/> Wetterwechsel                           | <input type="checkbox"/> Sehschwäche                            |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                           | <input type="checkbox"/> Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung) |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung, welche? _____ |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____                 |   |

### 4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz                     | <input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                       | <input type="checkbox"/> Sehstörungen        |
| <input type="checkbox"/> Licht-/ Geräuschempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Augenflimmern       |
| <input type="checkbox"/> Verwirrtheit                    | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinung |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____                 |  |

### 5. Bitte geben Sie noch folgende Einzelheiten zu den Beschwerden an:

Anfallshäufigkeit       maximal 1–2 Tage/ Monat, Dauer in Stunden: \_\_\_\_\_  
 2-7 Tage/ Monat, Dauer in Stunden: \_\_\_\_\_  
 über 7 Tage/ Monat, Dauer in Stunden: \_\_\_\_\_

Medikamente       1-2x pro Monat  
Präparatename(n): \_\_\_\_\_  mehr als 2 Wochen pro Monat  
 über einen längeren Zeitraum, auch zur Prophylaxe

Untersuchungen (bitte Befund beilegen)       Elektroenzephalogramm (EEG)  
 Computertomographie (CT)

**6. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | <input type="checkbox"/> Massage                                 | <input type="checkbox"/> Injektionen, Neuraltherapie    |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Bestrahlung, Fango                      | <input type="checkbox"/> Funktionstraining / Reha-Sport |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur       | <input type="checkbox"/> Antikörpertherapie (z. B. mit Erenumab) | <input type="checkbox"/> TENS Gerät                     |
- Alternativmedizin, was? \_\_\_\_\_
- Hausmittel, was? \_\_\_\_\_

D522222

Behandlung abgeschlossen?  ja  nein

- Physiotherapie: \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)  
Anzahl der Anwendungen: \_\_\_\_\_
- Psychotherapie: \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)  
Anzahl der Anwendungen: \_\_\_\_\_
- Operation durchgeführt: Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
Name/ Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_
- Operation angeraten
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)
- Sonstige, welche? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

**7. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?**

- |                                     |                                    |  |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Neurologe       | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker |
| <input type="checkbox"/> Psychologe | <input type="checkbox"/> Osteopath | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |  |

Name, vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

**8. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?**

- nein  ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)  
\_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige 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 der zu versichernden Person über 16 Jahre  
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)