

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Migräne

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	
<p>1. Wie lautet die exakte Diagnose?</p> <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<p>9. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</p> <input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft	
<p>2. Welche Beschwerden treten auf (Mehrfachnennung möglich)?</p> <input type="checkbox"/> Kopfschmerz <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> Augenflimmern <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<p><input type="checkbox"/> Untersuchungen Welche: _____ Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungen <input type="checkbox"/> manuelle Therapie Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: _____ <input type="checkbox"/> Krankengymnastik Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: _____ <input type="checkbox"/> Akupunktur Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: _____ <input type="checkbox"/> Fango Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: _____ <input type="checkbox"/> Massagen Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ </p>	
<p>3. Wie häufig treten die Beschwerden auf?</p> <input type="checkbox"/> einmalig wann: _____ Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> wiederholt wann erstmalig: _____ Zeitraum: _____ Häufigkeit: _____ letztmalig am: _____ <input type="checkbox"/> dauernd Häufigkeit: _____ letztmalig am: _____		<p><input type="checkbox"/> 10. Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ </p> <p><input type="checkbox"/> 11. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ </p>	
<p>4. Ist die Ursache der Erkrankung bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nähere Angaben: _____ </p> <p>5. Wurde ein Elektroenzephalogramm (EEG) erstellt? <input type="checkbox"/> ja (bitte Befund mit einreichen) <input type="checkbox"/> nein </p> <p>6. Wurde ein CT vom Kopf gemacht? <input type="checkbox"/> ja (bitte Befund mit einreichen) <input type="checkbox"/> nein </p> <p>7. Fanden psychotherapeutische Behandlungen statt? <input type="checkbox"/> ja (bitte Befund mit einreichen) <input type="checkbox"/> nein </p> <p>8. Fanden ambulante Behandlungen statt? <input type="checkbox"/> ja von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> nein </p>		<p><input type="checkbox"/> 12. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Besteht Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Besteht Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ </p>	

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.