

Fragebogen Kopfschmerzen

Zur Krankenversicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN	ANTWORTEN
1. Wie lautet die Diagnose der Erkrankung?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welche Ursache ist ggf. bekannt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sind Beschwerden an der Wirbelsäule aufgetreten? Wenn ja, wo und welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Besteht eine psychische oder psychosomatische Erkrankung, ggf. welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? <input type="text"/>
Kann ein raumfordernder Prozess ausgeschlossen werden (z. B. Aneurysma, Tumor, Zyste)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Welche Begleiterscheinungen traten/treten auf?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/> Licht- oder Geräuschempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
3. Mit welcher Häufigkeit traten oder treten die Beschwerden auf? Wie lange ist die durchschnittliche Dauer eines Anfalles (Stunden/Tage)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. In welchem Zusammenhang treten die Anfälle ggf. auf (z. B. Angst, Witterung, Lärm, Medikamenteneinnahme, Menstruation, körperlicher Belastung, usw.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Empfinden Sie die Schmerzen als leicht, mittel, stark, sehr stark, usw.? Inwieweit fühlen Sie sich subjektiv beeinträchtigt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="text"/> <input type="text"/>

FRAGEN

ANTWORTEN

8. Wie werden/wurden Sie behandelt?

Medikamente

Verhaltenstherapie

Massagen

Krankengymnastik

Akupunktur

Sonstiges:

9. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an

10. Welche Untersuchungen/Behandlungen sind noch vorgesehen oder angeraten?

Sind aufgrund der Erkrankung regelmäßige Kontrolluntersuchungen erforderlich? Wenn ja, in welchen Abständen?

nein

ja

11. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Bitte legen Sie eine Kopie des jeweiligen Befundberichtes bei.

neurologische Untersuchung/EEG

augenärztliche Untersuchung

Laboruntersuchung

Röntgen/MRT/CT

Blutdruckmessung: Ergebnis?

EKG

Sonstiges:

12. Hat ein stationärer Aufenthalt stattgefunden?

nein

ja

Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenauslassungsberichtes ein.

13. Wann und wie lange bestand Arbeitsunfähigkeit?

14. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?

nein

ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.

15. Besteht Beschwerdefreiheit?

nein

ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

nein

ja, seit

16. zusätzliche Anmerkungen/weitere Infos/Sonstiges: