Selbstauskunft: Migräne

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:
Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Versicherte Person

Geb.-Datum

Weiterleitung an Gesellschaft(en)

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

☐ Migräne ☐ mit Aura ☐ ohne Aura ☐ Spannungskopfschmerz
☐ Sonstiges: _____

2. Welche Besschwerden 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: _____ | letztmalig am: _____
| pro Monat wie oft _____ pro Jahr wie oft _____ | Zeitraum: _____
☐ zyklusabhängig | pro Monat wie oft _____ pro Jahr wie oft _____ | Zeitraum: _____

4. Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?

☐ Ja | nähere Angaben: _____
☐ Nein

5. Wurde ein Elektroenzephalogramm (EEG) erstellt?

☐ Ja (bitte Befund mit einreichen) ☐ Nein

6. Fanden psychotherapeutische Behandlungen statt (bei „Ja" bitte SA Psyche zusätzlich verwenden)**?**

☐ Ja | nähere Angaben: _____
☐ Nein

7. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ Ja | von: _____ bis: _____
☐ Nein

8. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

☐ Medikation

Name

Dosierung

Einnahme seit

☐ abgeschlossen seit: _____ ☐ dauerhaft

☐ Untersuchungen

welche

Ergebnis

© 2025 | Selbstauskunft: Migräne | Stand 03/2025

Selbstauskunft: Migräne

B

Behandlungen:

- ☐ manuelle Therapie | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- ☐ Krankengymnastik | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- ☐ Akupunktur | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- ☐ Fango | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- ☐ Massagen | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____

☐ Sonstiges: _____

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ Ja
- ☐ OP | Datum der OP: _____ Art: _____
- ☐ OP angeraten | wann: _____ Art: _____
- ☐ Sonstiges: _____

☐ Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ Ja
- ☐ Aufenthalt | von: _____ bis: _____
- ☐ Aufenthalt angeraten: _____
- ☐ Sonstiges: _____

☐ Nein

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

☐ Ja | von: _____ bis: _____
☐ Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ Ja | seit: _____ ☐ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ Ja | seit: _____ ☐ Nein

Ort	Datum	Unterschrift

© 2025 | Selbstauskunft: Migräne | Stand 03/2025