

# Fragebogen: Kopfschmerzen / 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

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Zu versichernde Person | Geb.-Datum |
| Berufliche Tätigkeit   |            |

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

|                           |                  |                   |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| (Spannungs-)Kopfschmerzen | Migräne mit Aura | Migräne ohne Aura |
| Cluster-Kopfschmerzen     | Sonstige :       |                   |

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

|                                |                        |                              |
|--------------------------------|------------------------|------------------------------|
| Licht-/Geräuschempfindlichkeit | Seh-/Hörstörungen      | Verwirrtheit/Halluzinationen |
| Übelkeit/Erbrechen             | Depressive Verstimmung | Benommenheit/Schwindel       |
| Missempfindungen               | Lähmungen              | Ohnmacht                     |
| Krampfanfall                   | Sonstige:              |                              |

**3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| Wann erstmals? <input style="width: 50px;" type="text"/> | Wann zuletzt? <input style="width: 50px;" type="text"/> |                              |
| 1 - 2 Tage im Monat                                      | 3 - 7 Tage im Monat                                     | An mehr als 7 Tagen im Monat |

**4. Wie lange dauern die Beschwerden in der Regel an?**

|                |           |                    |
|----------------|-----------|--------------------|
| einige Stunden | einen Tag | mehr als einen Tag |
|----------------|-----------|--------------------|

**5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?**

|                        |                    |                          |  |      |
|------------------------|--------------------|--------------------------|--|------|
| Unfall                 | Psychische Störung | Erkrankungen des Gehirns |  | Nein |
| Wirbelsäulenschädigung | Stress             | Infektion                |  |      |
| Bluthochdruck          | Augenerkrankung    | Medikamentennebenwirkung |  |      |
| Sonstige:              |                    |                          |  |      |

**6. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?**

Keine Medikamente:  von:  bis:

In welcher Dosierung?  täglich (auch prophylaktisch) (  mal am Tag)  bedarfsweise  mal im Monat

regelmäßig mehr als 14 Tage pro Monat

**7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?**

|           |                          |         |
|-----------|--------------------------|---------|
| Keine     | EEG                      | Kopf-CT |
| Kopf-MRT  | Gehirnwasseruntersuchung |         |
| Sonstige: |                          |         |

Wann?  In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis?  kein krankhafter Befund  krankhafter Befund

(Bitte Befund beifügen)

# Fragebogen: Kopfschmerzen / Migräne

B

## 8. Werden oder wurden weitere Therapien durchgeführt?

Psychotherapie/Verhaltenstherapie  
(Bitte auch Fragebogen Psychische Erkrankungen beifügen)

Schmerztherapie

Nein

Sonstige:

von:  bis:  wie oft?

## 9. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von:  bis:  Behandlungszeitraum | von:  bis:

## 10. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:  Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

## 11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Schädel- oder Gehirnschäden, Schwindel, Belastungseinschränkungen, Schlafstörungen, Angstzustände)?

Ja | welche?

Nein

## 12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von:  bis:  Ja | von:  bis:

Nein

## 13. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

## 14. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen psychischen Belastungen oder Stress ausgesetzt?

Schichtdienst

Hohe Arbeitsbelastung

Reisetätigkeit

Nein

Unregelmäßige Arbeitszeiten

Tätigkeit auch am Wochenende

intensive Bildschirmarbeit

Sonstige:

## 15. Ist ein Berufs-/Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person