

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