

Fragebogen Nervensystem und Gehirn

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Raucherverhalten (ist nur für den Gothaer Fähigkeitenschutz zu beantworten)

Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)

Wenn ja. Was? _____

Wie viel täglich? _____

Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Gehirnentzündung (Encephalitis) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> andere Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis) | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen des Gehirns | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Polyneuropathien |
| <input type="checkbox"/> Tumore des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Verletzungen von Nerven | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten der peripheren Nerven | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen mit neurologischen Symptomen | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (dann bitte immer Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen) | | |
| <input type="checkbox"/> andere hier nicht genannte Erkrankungen (bitte diese hier angeben) | | |

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten**.

Genaue medizinische Diagnose

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja, welche? _____

Genauere medizinische Diagnose**Beginn**
(MM.JJJJ)**ggf. Ende**
(MM.JJJJ)Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja, welche?**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.****Kopfschmerzen**Wie wurden Ihre **Kopfschmerzen** ärztlich bezeichnet (Diagnose)?

Wie häufig treten diese im Monat/Jahr auf? Wann zuletzt (MM.JJJJ)?

Kündigen sich die Kopfschmerzen durch von Ihnen wahrgenommene Vorauszeichen (**Aura**) an? nein ja (bitte Aura beschreiben)

Zu welchen Tageszeiten/Anlässen treten Kopfschmerzen auf?

**Krampfanfälle/
Epilepsie**

Wie werden die Krampfanfälle ärztlich bezeichnet (z. B. Grand Mal, Jackson-Anfälle etc.)?

Wie häufig treten diese im Monat/Jahr auf? Wann zuletzt (MM.JJJJ)?

Zu welcher Tageszeit oder zu welchen Anlässen treten die Krampfanfälle auf?

Geht den Anfällen eine Phase voraus, in denen sich der Anfall jeweils ankündigt (sog. Aura)?

 nein ja (bitte Aura beschreiben)**Blut- und Laborwerte**Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** (Leberwerte, Hepatitisviren, usw.) bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)**Art des Wertes****Wert****Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Ultraschalluntersuchung | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2. Punktion Nervenwasser (Liquor) | 9. Computertomographie (CT) |
| 3. Hirnstromableitung (EEG) | 10. Kernspin (MRT) |
| 4. Röntgenuntersuchung | 11. Muskel- oder Nervengewebeentnahme (Biopsie) |
| 5. Muskelfunktionsmessung (EMG) | 12. Operation (Welche?) |
| 6. Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) | 13. Implantation (Schrittmacher/Stimulationssonde) |
| 7. Nervenpotentialmessung | |

14. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Befund/Maßnahme

MedikamenteWelche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) ggf. Einnahme Ende (MM.JJJJ) Dosis

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) ggf. Einnahme Ende (MM.JJJJ) Dosis

ArbeitsunfähigWaren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja**Diagnose** _____ Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren**Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur?**

Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt) **Behandelnde Ärzte**Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift _____

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

Zusätzliche AngabenBitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**.Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**) **alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben** **zusätzliche Angaben sind beigelegt**

Anzahl Extrablätter _____

Schlusserklärung und UnterschriftAlle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**_____
Ort, Datum**X**_____
Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)