

# Zusätzliche Erklärung: Migräne, Kopfschmerzen



Sie können diesen Fragebogen direkt schicken an  
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München  
oder faxen an 089 4124-9525.

## Antragsteller

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Zu versichernde Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Antrags-/Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet** (z.B. Clusterkopfschmerz, Migräne mit oder ohne Aura, Spannungskopfschmerz)?

**Welche Beschwerden lagen bzw. liegen vor** (z.B. Augenflimmern, Erbrechen, Gefühlsstörungen, Hörstörungen, hormonelle Veränderungen, Kopfschmerzen, Lichtempfindlichkeit, Schwindel, Sprachstörungen, Übelkeit)?

**Was ist die Ursache der Kopfschmerzen/Migräne** (z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeit, Stress, Verspannungen)?

**Konnte ein raumfordernder Prozess ausgeschlossen werden** (z.B. Aneurysma, Blutung, Tumor, Zyste)?  ja  nein

• Wenn nein, um was handelt es sich?

**Wie oft traten/treten die Beschwerden auf** (z.B. einmalig, wiederholt, andauernd, zyklusabhängig)?

**Wann trat/traten die Erkrankung/Beschwerden erst- und wann letztmalig auf?**

**Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?**

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. CT, EEG, Kernspin/MRT, Kur, Aufenthalt in einer Schmerzklinik; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

• Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)?

**Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung** (bitte alle Behandlungszeiträume angeben)?

**Bestehen noch Beschwerden/Folgen?**  ja  nein

• Wenn ja, welche?

**Ist die Erkrankung ausgeheilt?**  ja  nein

**Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant** (z.B. ambulante, stationäre und/oder medikamentöse Behandlungen)?

**Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben** (Name, Adresse)?

**Zu versichernde Person**

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

**Antrags-/Versicherungsnummer** \_\_\_\_\_**Erklärung**

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

**Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_