

# Fragebogen: Epilepsie

**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. Wann traten epileptische Anfälle erstmals auf, bzw. seit wann ist die Erkrankung bekannt?**

Datum:  (MM/JJJJ)

**2. Welche Diagnose nannte der Arzt?**

- Grand-mal-Epilepsie
  Petit-mal-Epilepsie  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?**

- Kuraufenthalte
  Krankenhausaufenthalte

Name und Anschrift der Klinik

wann und wie lange

**4. Wann hatten Sie den letzten Anfall?**

Datum:  (MM/JJJJ)

**5. Wann treten die Anfälle auf und wie lange dauern sie an?**

- bei Tag | Dauer: \_\_\_\_\_  
 bei Nacht | Dauer: \_\_\_\_\_  
 nach Aufregung | Dauer: \_\_\_\_\_  
 nach Alkoholgenuss | Dauer: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**6. Wie viele Anfälle pro Jahr treten auf?**

**7. Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit?**

**8. Haben Sie sich im Anfall schon Verletzungen zugezogen (z.B. Zungenbiss)**

- Ja | welche: \_\_\_\_\_ | wann: \_\_\_\_\_  
 Art der Verletzung: \_\_\_\_\_  
 Nein



# Fragebogen: Epilepsie

B

## 9. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- Ja | in welchem Umfang: \_\_\_\_\_ (Art und Menge)  
 Nein

## 10. Besitzen Sie einen Führerschein?

- Ja | seit wann:  (Datum)  
 Nein

## 11. Führen Sie ein Kraftfahrzeug?

- Ja | seit wann:  (Datum)  
 Nein

Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

## 12. Sind Sie völlig geheilt?

- Ja | seit wann:  (Datum)  
 Nein

## 13. Welche Beschwerden bestehen noch?

## 14. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

## 15. Werden regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

- Ja | in welchen Abständen: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 16. Wann war die letzte EEG-Kontrolle und mit welchem Ergebnis?

Datum	Ergebnis
-------	----------

## 17. Wann war die letzte Blutuntersuchung (Laborkontrolle) und mit welchem Ergebnis?

Datum	Ergebnis
-------	----------

## 18. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische Störungen aufgetreten?

- Ja | welche: \_\_\_\_\_ (Art der Störung)  
 Nein

## 19. Sind weitere Erkrankungen bekannt?

- Ja | welche: \_\_\_\_\_ | seit wann: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 20. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift, Fachrichtung

# Fragebogen: Epilepsie

B

## 21. Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

## 22. Welche Medikamente werden/ wurden Ihnen hier verordnet?

Name der Medikamente

## 23. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig und wegen welcher Erkrankung?

Ja | wann: \_\_\_\_\_ (Zeitraum)

Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Nein

## 24. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

Ja | wieviel % MdE: \_\_\_\_\_ | welcher Grund für MdE: \_\_\_\_\_

Nein