

# Fragebogen: 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

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

**1. Wie lautet die exakte Diagnose?**

Migräne       Spannungskopfschmerz       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**2. Welche Besswerden treten auf (Mehrfachnennung möglich)?**

Kopfschmerz       Übelkeit/Erbrechen       Schwindel       Sprachstörungen  
 Augenflimmern       Gefühlsstörungen       Lichtempfindlichkeit  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Wie häufig treten die Beschwerden auf?**

einmalig      | wann: \_\_\_\_\_      | Zeitraum: \_\_\_\_\_  
 wiederholt      | wann erstmalig: \_\_\_\_\_      | Zeitraum: \_\_\_\_\_  
    | Häufigkeit: \_\_\_\_\_      | letztmalig am: \_\_\_\_\_  
 dauernd      | Häufigkeit: \_\_\_\_\_      | letztmalig am: \_\_\_\_\_

**4. Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?**

Ja      | nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
 Nein

**5. Wurde ein Elektroenzephalogramm (EEG) erstellt?**

Ja (bitte Befund mit einreichen)       Nein

**6. Fanden psychotherapeutische Behandlungen statt (bei „Ja“ bitte SA Psyche zusätzlich verwenden)?**

Ja      | nähere Angaben: \_\_\_\_\_  
 Nein

**7. Fanden ambulante Behandlungen statt?**

Ja      | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Nein

**8. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)**

Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

Untersuchungen

welche
Ergebnis



# Fragebogen: Migräne

B

**Behandlungen:**

- manuelle Therapie | Zeitraum: \_\_\_\_\_ | Anzahl/Anw.: \_\_\_\_\_
- Krankengymnastik | Zeitraum: \_\_\_\_\_ | Anzahl/Anw.: \_\_\_\_\_
- Akupunktur | Zeitraum: \_\_\_\_\_ | Anzahl/Anw.: \_\_\_\_\_
- Fango | Zeitraum: \_\_\_\_\_ | Anzahl/Anw.: \_\_\_\_\_
- Massagen | Zeitraum: \_\_\_\_\_ | Anzahl/Anw.: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**9. Fand eine stationäre Behandlung statt?**

- Ja
  - OP | Datum der OP: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_
  - OP angeraten | wann: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Nein

**10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?**

- Ja
  - Aufenthalt | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
  - Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Nein

**11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?**

- Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Nein

**12. Besteht Behandlungsfreiheit?**

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

**13. Besteht Beschwerdefreiheit?**

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

