

## Fragebogen Kopfschmerz/Schwindel

Versicherungs-Nr.: Zu versichernde Person:	Bitte zurücksenden an: Hannoversche Lebensversicherung AG 30177 Hannover  <b>BAS 8176</b>																								
<b>1. Welche Beschwerden und Begleitsymptome bestehen oder bestanden?</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dauerkopfschmerz</td> <td><input type="checkbox"/> Migräne</td> <td><input type="checkbox"/> Übelkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Sehstörungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Benommenheit</td> <td><input type="checkbox"/> Lähmungen</td> <td><input type="checkbox"/> Schwankschwindel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drehschwindel</td> <td><input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Dauerkopfschmerz	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Benommenheit	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Schwankschwindel	<input type="checkbox"/> Drehschwindel	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:												
<input type="checkbox"/> Dauerkopfschmerz	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Übelkeit																							
<input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Sehstörungen																							
<input type="checkbox"/> Benommenheit	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Schwankschwindel																							
<input type="checkbox"/> Drehschwindel	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:																							
<b>2. Wie nannte der Arzt die Erkrankung?</b>																									
<b>3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?</b>																									
<b>4. Ermittlung Ihres Kopfschmerztyps: Wie treten oder traten Ihre Kopfschmerzen auf?</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• überwiegend einseitig</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• von pochendem/pulsierendem Charakter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• mit plötzlichem/anfallsartigem Beginn</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• häufig mit Übelkeit/Erbrechen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• mit Lärm-/Geruchsempfindlichkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• mit Aura/neurologischen Symptomen wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• nie länger als max. 72 Std. andauernd</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p> <b>Ergebnis:</b> <math>\geq 4</math> Antworten <b>Ja</b> = Typ Migräne  <math>\geq 4</math> Antworten <b>Nein</b> = Typ Spannungskopfschmerz                 </p>		Ja	Nein	• überwiegend einseitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• von pochendem/pulsierendem Charakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• mit plötzlichem/anfallsartigem Beginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• häufig mit Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• mit Lärm-/Geruchsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• mit Aura/neurologischen Symptomen wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• nie länger als max. 72 Std. andauernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein																							
• überwiegend einseitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
• von pochendem/pulsierendem Charakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
• mit plötzlichem/anfallsartigem Beginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
• häufig mit Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
• mit Lärm-/Geruchsempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
• mit Aura/neurologischen Symptomen wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
• nie länger als max. 72 Std. andauernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<b>5. Bitte geben Sie noch folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen an:</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">• Wann zuletzt aufgetreten?</td> <td> <input type="checkbox"/> vor mehr als 3 Jahren  <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Jahre                 </td> </tr> <tr> <td>• Häufigkeit</td> <td> <input type="checkbox"/> maximal 1–2mal/Monat  <input type="checkbox"/> 3–4mal/Monat  <input type="checkbox"/> über 4mal/Monat                 </td> </tr> <tr> <td>• Schmerzdauer jeweils</td> <td> <input type="checkbox"/> immer unter 24 Stunden  <input type="checkbox"/> 24–36 Stunden  <input type="checkbox"/> über 36 Stunden                 </td> </tr> <tr> <td>• Medikamente</td> <td> <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf, keine Dauermedikation  <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit nur 1 Präparat  <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit mehr als 1 Präparat                 </td> </tr> <tr> <td>• AU-Tage wegen Kopfschmerzen</td> <td> <input type="checkbox"/> bis 12 Tage/Jahr  <input type="checkbox"/> 12–15 Tage/Jahr  <input type="checkbox"/> über 15 Tage/Jahr                 </td> </tr> </table>	• Wann zuletzt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> vor mehr als 3 Jahren <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Jahre	• Häufigkeit	<input type="checkbox"/> maximal 1–2mal/Monat <input type="checkbox"/> 3–4mal/Monat <input type="checkbox"/> über 4mal/Monat	• Schmerzdauer jeweils	<input type="checkbox"/> immer unter 24 Stunden <input type="checkbox"/> 24–36 Stunden <input type="checkbox"/> über 36 Stunden	• Medikamente	<input type="checkbox"/> nur bei Bedarf, keine Dauermedikation <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit nur 1 Präparat <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit mehr als 1 Präparat	• AU-Tage wegen Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> bis 12 Tage/Jahr <input type="checkbox"/> 12–15 Tage/Jahr <input type="checkbox"/> über 15 Tage/Jahr														
• Wann zuletzt aufgetreten?	<input type="checkbox"/> vor mehr als 3 Jahren <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Jahre																								
• Häufigkeit	<input type="checkbox"/> maximal 1–2mal/Monat <input type="checkbox"/> 3–4mal/Monat <input type="checkbox"/> über 4mal/Monat																								
• Schmerzdauer jeweils	<input type="checkbox"/> immer unter 24 Stunden <input type="checkbox"/> 24–36 Stunden <input type="checkbox"/> über 36 Stunden																								
• Medikamente	<input type="checkbox"/> nur bei Bedarf, keine Dauermedikation <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit nur 1 Präparat <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit mehr als 1 Präparat																								
• AU-Tage wegen Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> bis 12 Tage/Jahr <input type="checkbox"/> 12–15 Tage/Jahr <input type="checkbox"/> über 15 Tage/Jahr																								
<b>6. Wurde eine weitergehende Diagnostik/Abklärung der Ursache durchgeführt – z.B. durch Messung der Hirnströme (EEG), Computer- oder Kernspintomographie (CT, MRT)?</b>  Falls ja, welche, wann und mit welchem Ergebnis:?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																								

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort - Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------------	--