

Fragebogen Kopfschmerz/Schwindel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Datum

1. Welche Beschwerden und Begleitsymptome bestehen oder bestanden?

- | | | |
|--|--|---|
| <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: |
-

2. Wie nannte der Arzt die Erkrankung?

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Ermittlung Ihres Kopfschmerztyps: Wie treten oder traten Ihre Kopfschmerzen auf?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • überwiegend einseitig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • von pochendem/pulsierendem Charakter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • mit plötzlichem/anfallsartigem Beginn | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • häufig mit Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • mit Lärm-/Geruchsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • mit Aura/neurologischen Symptomen wie z.B. Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • nie länger als max. 72 Std. andauernd | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ergebnis: ≥ 4 Antworten **Ja** = Typ Migräne
 ≥ 4 Antworten **Nein** = Typ Spannungskopfschmerz

5. Bitte geben Sie noch folgende Einzelheiten zu Ihren Kopfschmerzen an:

- | | |
|-------------------------------|--|
| • 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 |

Bitte beantworten Sie auch die Frage(n) auf der/den folgenden Seite(n).
Bitte auch Ort, Datum und Unterschrift nicht vergessen.



6. Wurde eine weitergehende Diagnostik/Abklärung der Ursache durchgeführt – z. B. durch Messung der Hirnströme (EEG), Computer- oder Kernspintomographie (CT, MRT)?

Nein **Ja**

Falls ja, welche, wann und mit welchem Ergebnis?:

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 unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover