



Selbstauskunft Migräne / Kopfschmerzen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers			
Straße und Hausnummer		PLZ und Ort	
Behandelt wegen			
1. Wie lautet die ärztliche Diagnose?		<input type="checkbox"/> Migräne mit Aura <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura <input type="checkbox"/> Belastungsmigräne <input type="checkbox"/> Neuralgie <input type="checkbox"/> Clusterkopfschmerz <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	
2. Welche Beschwerden treten auf ?		<input type="checkbox"/> Seh- und Hörstörung <input type="checkbox"/> Erbrechen/Übelkeit <input type="checkbox"/> Augenflimmern <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sprachstörungen <input type="checkbox"/> Bewusstseinstörungen <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfälle <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	
3. Welche Ursachen sind bekannt?			
4. Wie oft tritt die Migräne auf?		<input type="checkbox"/> mal pro <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr	
5. Wie lange dauern die Beschwerden jeweils an?			
6. Wann traten die Beschwerden letztmalig auf?			
7. Welche Therapie(n) werden/wurden angewendet? (Mehrfachnennung möglich)		<input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	
8. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?	Name		
	Dosierung		
	Zeitraum/der Einnahme		
9. Fand bereits ein stationärer Aufenthalt in einer Schmerzklinik statt?		<input type="checkbox"/> ja und zwar von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein, es ist jedoch ein solcher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ärztlich angeraten <input type="checkbox"/> geplant	
10. Haben sonstige Behandlungen/Untersuchungen stattgefunden? (Falls die Frage mit ja beantwortet wird, bitte Befundbericht beifügen)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Andere und zwar	
11. Bestanden wg. o.g. Erkrankung Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt	
12. Bei welchem Arzt wurden Sie behandelt? (Bitte geben Sie Namen und Anschrift an)			
Ort, Datum		Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)	