

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

Grand-mal-Epilepsie
 Petit-mal-Epilepsie (Absencen)
 Fokale Epilepsie
 Psychogene Epilepsie
 Sonstige :

2. Wann war der ersten Anfall?

3. Wann war der letzte Anfall?

4. Wie oft treten die Anfälle im Jahr auf?

5. Wann treten die Anfälle auf und wie lange dauern Sie an?
 bei Tag bei Nacht Zeitunabhängig Dauer:

6. Treten Bewusstseinsstörungen auf?
 Ja | wie lange dauern Sie an? Nein

7. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?
 Unbekannt
 Angeboren
 Unfallfolge
 Gehirnentzündung
 Schädel-Hirn-Trauma
 Hirntumor
 Sonstige:

8. Gibt es Auslöser für die Anfälle?
 Schlafmangel
 Stress
 Schichtarbeit Nein
 Alkoholgenuss
 Lichtreize
 Arbeiten in Höhen
 Sonstige:

9. Haben Sie sich während des Anfalls schon ein mal Verletzungen zugezogen (z. B. Zungenbiss)?
 Ja | welche? Wann? Nein

10. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?
 Keine Medikamente: von: bis:
 In welcher Dosierung? täglich (____ mal am Tag) wöchentlich (____ mal in der Woche)

11. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?
 Keine
 EEG
 Kopf-CT
 Kopf-MRT
 Gehirnwasseruntersuchung
 Sonstige:
 Wann? In welchen Abständen?
 Mit welchem Ergebnis?
 (Bitte Befund beifügen)

B

12. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von: bis:

Behandlungszeitraum | von: bis:

13. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

14. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

15. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung geistige oder psychische Störungen aufgetreten?

Ja | welche?

Nein

16. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben?

Ja | welche?

Nein

17. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

18. Bestehen folgende Anforderungen an Ihre berufliche Tätigkeit?

Schichtarbeit

Arbeiten mit Absturzgefahr

Führen eines Fahrzeugs

Nein

Akkordarbeit

Arbeiten an Maschinen

Arbeiten mit Gefahrstoffen

19. Wurde aufgrund der Erkrankung ein Fahrverbot verfügt?

Ja | von: bis:

Nein

20. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

21. Ist ein Berufs-/Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person