

Fragebogen: Epilepsie

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

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 studienunfähig 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