

Fragebogen Nervenerkrankungen

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Krankheiten

1. Welche Erkrankung des Nervensystems besteht oder bestand bei Ihnen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Gehirnschlag | <input type="checkbox"/> Transiente ischämische Attacke (TIA) |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Rückenmarksentzündung (Myelitis) |
| <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Gehirnentzündung (Enzephalitis) |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis) | <input type="checkbox"/> Parkinson-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Polyneuropathien | |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.

Beschwerden/Folgen

2. Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

Ist die Erkrankung ausgeheilt?

- Nein Ja, seit _____

Bestehen Folgen der Erkrankung?

- Nein Ja, und zwar _____

Wie häufig sind die Beschwerden aufgetreten?

- Einmalig Mehrmalig, wie oft _____

Medikamente

3. Nehmen Sie aufgrund der Erkrankung Medikamente ein? (Bitte geben Sie auch medizinisches Cannabis an)

- Nein Ja, folgende _____

Untersuchungen/ Behandlungen

4. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind aufgrund der Erkrankung erfolgt oder geplant?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT) |
| <input type="checkbox"/> Hirnstrommessung (EEG) | <input type="checkbox"/> Nervenwasseruntersuchung/Liquoruntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme (Biopsie) | <input type="checkbox"/> Operation |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |
| <input type="checkbox"/> keine | |

Behandler

5. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Arbeitsunfähigkeiten

6. Waren Sie aufgrund der Beschwerden **arbeitsunfähig**?

Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)