

# Fragebogen EPILEPSIE

## Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

### Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG

### Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

#### Angaben zur Erkrankung

1. Wie lautet die Ihnen mitgeteilte ärztliche Diagnose genau?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> generalisierte Anfälle  | <input type="checkbox"/> fokale Anfälle                           |
| <input type="checkbox"/> Grand-Mal-Anfälle       | <input type="checkbox"/> Einfach-fokal ohne Bewusstseinsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Absencen (Petit Mal)    | <input type="checkbox"/> Komplex-fokal mit Bewusstseinsstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Tonische Anfälle        | <input type="checkbox"/> Sonstige: Welche? _____                  |
| <input type="checkbox"/> Psychogene Anfälle      |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: Welche? _____ |   |

2. Wie oft treten bzw. traten die Anfälle innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

- < 6x/Jahr                       7 – ≤ 12x/Jahr                       > 12x/Jahr

3. Wann trat bei Ihnen der letzte Anfall auf?

- < 2 Jahre                       2 – ≤ 5 Jahre                       6 – ≤ 10 Jahre

Datum des letzten Anfalls: \_\_\_\_\_

4. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Erkrankung bekannt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma                      | <input type="checkbox"/> Strukturveränderungen des Gehirns |
| <input type="checkbox"/> Gehirnentzündung (Enzephalitis)          | <input type="checkbox"/> Hirntumor                         |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Epilepsie (genetisch bedingt) | <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörung des Gehirns   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache: Welche? _____          |  |

5. Wurden oder werden bei Ihnen Anfälle (auch berufsbedingt) ausgelöst durch:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber (als Kind) | <input type="checkbox"/> Stress                  |
| <input type="checkbox"/> Schlafmangel      | <input type="checkbox"/> Lichtreize              |
| <input type="checkbox"/> Alkoholgenuß      | <input type="checkbox"/> Sonstige: Welche? _____ |

6. Erfolgte innerhalb der letzten fünf Jahre eine neurologische Untersuchung?

- Nein  
 Ja

Falls ja: Wann? Mit welchem Ergebnis?

7. Wurde bei Ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre eine Kernspintomographie durchgeführt?

- Nein  
 Ja

Falls ja: Wann? Mit welchem Ergebnis?

8. Nehmen Sie derzeit antiepileptische Medikamente ein?

Nein

Ja

Falls ja: Bitte Präparatnamen und die Dosierung nennen.

Blutspiegel im Normbereich

Nein

Ja

9. Wurde zur Behandlung der Epilepsie innerhalb der letzten zehn Jahre eine Gehirnoperation durchgeführt?

Nein

Ja

Falls ja: Wann? Ergebnis? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns Name und Anschrift des Krankenhauses an.

10. Stehen Sie derzeit noch wegen der Epilepsie in Behandlung?

Nein

Ja

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des behandelnden Arztes an.

11. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

Nein

Ja, GdB/MdE \_\_\_\_\_ %

Ja, Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

12. Können Sie bestimmte Tätigkeiten nicht mehr ausüben?

Nein, keine Einschränkungen.

Ja, welche Einschränkungen bestehen? \_\_\_\_\_

13. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung innerhalb der letzten zehn Jahre psychische Störungen aufgetreten (z. B. Konzentrationsstörungen, Depression, Psychose, Suizidversuch)?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

14. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: \_\_\_\_\_

15. Wurden ärztlicherseits bei Ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z. B. Flugwesen, Polizeidienst, Feuerwehr, Militärdienst, Rettungsdienst, Fahrgastbeförderung) und Erlaubnisse (z. B. Kfz-Führung) ausgesprochen?

Nein

Ja

Falls ja: Welche Einschränkung? Wann? Wie lange? Warum?

Noch gültig?

Nein, seit: \_\_\_\_\_

Ja, seit: \_\_\_\_\_

16. Gibt es sonstige, für Sie und damit eventuell für unsere Risikobeurteilung wichtige Informationen zu der bei Ihnen gegebenen gesundheitlichen Situation und den Arbeitsbedingungen, die Sie uns mitteilen möchten?

Nein

Ja

Falls ja: Welche? \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?  
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt.  Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben.  Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)