

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. Seit wann leiden Sie an Epilepsie oder Krampfanfällen, wann wurde die ärztliche Erstdiagnose gestellt?

Datum?

2. Anfallsart

Ist Ihnen die Anfallsart bekannt?

☐ nein

☐ ja

☐ einmaliger Anfall unklarer Ursache

☐ Anfall aufgrund (z. B. Stoffwechselentgleisung, Schlaganfall, Entzug, Schlafmangel)

Machen Sie bitte nähere Angaben:

☐ wiederholte Anfälle/Epilepsie

☐ idiopathische, generalisierte Anfälle:

☐ partielle (fokale) Epilepsie: ☐ einfache partielle Anfälle ☐ komplex-partielle Anfälle

☐ andere Arten von idiopathischer Epilepsie

☐ ein spezielles Epilepsie-Syndrom (Rolandi-Epilepsie, Landau-Kleffner-Syndrom, etc.)

3. Ist Ihnen eine Ursache oder Grunderkrankung bekannt?

☐ nein

Welche?

☐ ja

Wurde eine organische Erkrankung als Ursache sicher ausgeschlossen? (z. B. Tumor, Gefäßanomalien)

☐ nein

☐ ja

4. Zeitpunkt und Anzahl der Anfälle

Wann erlitten Sie den letzten Anfall?

Wie viele Anfälle erlitten Sie in den letzten 12 Monaten?

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

5. Behandlung Medikamente?

☐ nein

Welche?

In welcher Dosierung?

☐ ja

Epilepsiechirurgie?

☐ nein

Wann?

☐ ja

Vagusnervstimulation?

☐ nein

Wann?

☐ ja

6. Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

☐ EEG ☐ Computertomographie (CT) ☐ Magnetresonanztomographie (MRT)

☐ Echokardiographie ☐ Röntgen ☐ Ultraschall ☐ Doppler ☐ Kernspintomographie

Wann? Ergebnis?

☐ Sonstige Untersuchungen Welche?

Wann? Ergebnis?

7. Wurden weitere Untersuchungen geplant oder angeraten?

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

8. Sind Sie noch in Behandlung oder unter Beobachtung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe? (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Ergotherapeut)

☐ nein

Name und Anschrift des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

- 9. Bestehen bei Ihnen kognitive Funktionseinschränkungen?** (z. B. in den Bereichen Kommunikationsfähigkeit, Alltagsfähigkeiten, Selbstständigkeit, soziales Umfeld/sozialer Umgang, Schulbildung, Ausbildung, Studium)

☐ nein

Welche?

☐ ja

- 10. Bestehen Einschränkungen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit?**

☐ nein

Welche?

☐ ja

- 11. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an bzw. wurde dieser ärztlich angeraten?**

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

- 12. Besteht bei Ihnen ein Fahrverbot für Kraftfahrzeuge?**

☐ nein

☐ ja, seit

- 13. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?** (bitte entsprechende Bescheide inkl. Begründungsteil beifügen)

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja