

Fragebogen: Migräne

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
--------------------	------------

Weiterleitung an Gesellschaft(en)

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

Migräne Spannungskopfschmerz Sonstiges: _____

2. Welche Besswerden treten auf (Mehrfachnennung möglich)?

Kopfschmerz Übelkeit/Erbrechen Schwindel Sprachstörungen
 Augenflimmern Gefühlsstörungen Lichtempfindlichkeit
 Sonstiges: _____

3. Wie häufig treten die Beschwerden auf?

einmalig | wann: _____ | Zeitraum: _____
 wiederholt | wann erstmalig: _____ | Zeitraum: _____
 | Häufigkeit: _____ | letztmalig am: _____
 dauernd | Häufigkeit: _____ | letztmalig am: _____

4. Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?

Ja | nähere Angaben: _____
 Nein

5. Wurde ein Elektroenzephalogramm (EEG) erstellt?

Ja (bitte Befund mit einreichen) Nein

6. Fanden psychotherapeutische Behandlungen statt (bei „Ja“ bitte SA Psyche zusätzlich verwenden)?

Ja | nähere Angaben: _____
 Nein

7. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

8. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft
---------------	---

Untersuchungen

welche

Ergebnis

Fragebogen: Migräne

B

Behandlungen:

- manuelle Therapie | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Krankengymnastik | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Akupunktur | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Fango | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Massagen | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Sonstiges: _____

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
- OP angeraten | wann: _____ Art: _____
- Sonstiges: _____
- Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
- Aufenthalt angeraten: _____
- Sonstiges: _____
- Nein

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
- Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde