

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wann traten epileptische Anfälle erstmals auf, bzw. seit wann ist die Erkrankung bekannt?

Datum: (MM/JJJJ)

2. Welche Diagnose nannte der Arzt?

Grand-mal-Epilepsie Petit-mal-Epilepsie
 Sonstiges: _____

3. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

Kuraufenthalte Krankenhausaufenthalte

Name und Anschrift der Klinik

wann und wie lange

4. Wann hatten Sie den letzten Anfall?

Datum: (MM/JJJJ)

5. Wann treten die Anfälle auf und wie lange dauern sie an?

bei Tag | Dauer: _____
 bei Nacht | Dauer: _____
 nach Aufregung | Dauer: _____
 nach Alkoholgenuss | Dauer: _____
 Sonstiges: _____

6. Wie viele Anfälle pro Jahr treten auf?

7. Wie lange dauert die Bewusstlosigkeit?

8. Haben Sie sich im Anfall schon Verletzungen zugezogen (z.B. Zungenbiss)

Ja | welche: _____ | wann: _____
 Art der Verletzung: _____
 Nein

B

9. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- Ja | in welchem Umfang: _____ (Art und Menge)
- Nein

10. Besitzen Sie einen Führerschein?

- Ja | seit wann: (Datum)
- Nein

11. Führen Sie ein Kraftfahrzeug?

- Ja | seit wann: (Datum)
- Nein

Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

12. Sind Sie völlig geheilt?

- Ja | seit wann: (Datum)
- Nein

13. Welche Beschwerden bestehen noch?

14. Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

15. Werden regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

- Ja | in welchen Abständen: _____
- Nein

16. Wann war die letzte EEG-Kontrolle und mit welchem Ergebnis?

Datum	Ergebnis
-------	----------

17. Wann war die letzte Blutuntersuchung (Laborkontrolle) und mit welchem Ergebnis?

Datum	Ergebnis
-------	----------

18. Sind im Rahmen Ihrer Erkrankung psychische Störungen aufgetreten?

- Ja | welche: _____ (Art der Störung)
- Nein

19. Sind weitere Erkrankungen bekannt?

- Ja | welche: _____ | seit wann: _____
- Nein

20. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift, Fachrichtung

B

21. Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

22. Welche Medikamente werden/ wurden Ihnen hier verordnet?

Name der Medikamente

23. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufs unfähig und wegen welcher Erkrankung?

Ja | wann: _____ (Zeitraum)

Art der Erkrankung: _____

Nein

24. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

Ja | wieviel % MdE: _____ | welcher Grund für MdE: _____

Nein