

## Zusätzliche Erklärung zur Epilepsie

**Versicherungsnehmer** (falls nicht gleichzeitig versicherte Person) Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

---

An welchem Epilepsietyp/Anfallsform leiden Sie?

Seit wann ist Ihnen bekannt, daß Sie an Epilepsie leiden?

Wann war der letzte Anfall?

Stehen Sie wegen Ihrer Epilepsie in ärztl. Behandlung?  ja  nein

---

Krankenhausaufenthalte?  ja  nein  
Wann und wo?

---

Ist bei Ihnen bereits ein Bewußtseinsverlust aufgetreten?  ja  nein  
Wann?  
Wie lange?

---

Sind bei Ihnen Stürze aufgetreten?  ja  nein  
Wann?  
Folgen?

---

Sind bei Ihnen Platz-, Schnitt-, Riss- oder Bisswunden aufgetreten?  ja  nein  
Wann?  
Folgen?

---

Sind andere anfallsbedingte Unfälle, z.B. im Straßenverkehr oder Ertrinkungsunfälle aufgetreten?  ja  nein  
Wann?  
Welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Seit wann?  
Welche?

---

Liegen Depressionen oder Angststörungen vor?  ja  nein  
Welche?

---

Dürfen Sie Auto fahren?  ja  nein

---

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?  ja  nein  
Grad der Behinderung?  
Weitere Ausweismerkmale ( aG, B, Bl, G, Gl, H, RF)?

---

Liegen durch die Epilepsie verursachte Folgeschäden vor?  ja  nein  
Welche?

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift