

---

## Kopfschmerzen/Migräne

Die Schweizer  
Gesundheitsversicherung



Versicherte Person: ..... Antrag vom: .....

Versicherungsnummer: .....

---

1. Wie lautet die genaue Diagnose: .....

Welche Beschwerden/Symptome bestehen/bestanden: .....

Wann, wie oft und über welchen Zeitraum traten diese in den letzten 3 Jahren auf:

.....

2. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt: .....

3. Wie wurde/wird behandelt (z.B. Medikamente + Dosierung, Massagen, etc.)?

.....

4. Bei Migräne: Besteht Migräne mit Aura? .....

5. Sind weitere Behandlungen angeraten/erforderlich? Wenn ja, welche?

.....

6. Sind Sie beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann? .....

---

Bei welchem Arzt waren Sie in Behandlung (Name und Anschrift)?

.....

.....

Falls eine Kur oder ein stationärer Aufenthalt stattfand, bitten wir um Einreichung des Entlassungsberichtes.

---

Datum

Unterschrift Antragssteller(in) und betreffende Versicherte Person