

Fragebogen Schilddrüsenerkrankungen

Zur Krankenversicherung

VS-Nummer: _____ Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN

ANTWORTEN

1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Kropf/Struma, welchen Grades? _____
- Zyste(n)
- Hashimoto-Thyreoiditis
- Morbus Basedow
- kalte(r) Knoten
- heiße(r) Knoten
- bösartige Neubildung/Krebs
- Sonstiges: _____

Welche Ursache ist ggf. bekannt (z. B. angeborene Funktionsstörung)?

2. Welche Beschwerden treten bzw. traten auf?

- Haarausfall
- Schwitzen
- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- Unruhe
- Nervosität
- Sonstiges: _____
- Herzrasen/Pulsbeschleunigung
- Atemnot
- Schluckbeschwerden
- Gewichtsschwankungen
- Verdauungsbeschwerden

3. Seit wann besteht die Schilddrüsenerkrankung?

4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Bitte reichen Sie eine Kopie des letzten Laborbefundes ein.

- Röntgen/CT/MRT
- Ultraschall
- Sonstiges: _____
- Szintigraphie
- Biopsie/Punktion

5. Bitte geben Sie Größe und Gewicht an.

6. Litten oder leiden Sie an Augenerkrankungen, Herzerkrankungen, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck, erhöhten Blutfettwerten, erhöhten Harnsäurewerten, psychischen Erkrankungen?

- nein ja

Wenn ja, welche?

7. Wie wurden oder werden Sie behandelt?

Wann?

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Teilentfernung der Schilddrüse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Totalentfernung der Schilddrüse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | _____ |

8. Bitte geben Sie das Präparat und die genaue Dosis Ihrer aktuellen Medikation an.

9. Wann fand die letzte Kontrolluntersuchung statt und mit welchem Befund?

Wann erfolgt die nächste Kontrolluntersuchung?

10. Besteht Beschwerdefreiheit?

nein ja, seit _____

Sind noch Behandlungen angeraten?

nein ja und zwar _____

11. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

12. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?

nein ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.

13. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

