

Zusätzliche Erklärung über Schilddrüsenerkrankung

Versicherungsnummer: _____
Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____
Geburtsdatum: _____

Besteht eine Schilddrüsenüberfunktion? nein ja
Wenn ja, welche Grunderkrankung liegt vor? Morbus Basedow _____
 Schilddrüsenautonomie unbekannt

Besteht eine Schilddrüsenunterfunktion? nein ja
Wenn ja, welche Grunderkrankung liegt vor? Hashimoto-Thyreoditis (Entzündung) _____
 Zustand nach Schilddrüsenoperation unbekannt

Besteht eine Schilddrüsenvergrößerung (Kropf)? nein ja
Ist der Kropf in den letzten Jahren gewachsen? nein ja
Ist der Strumagrad bekannt? Grad I Grad II Grad III unbekannt

Wurde bereits eine Schilddrüsenoperation durchgeführt? nein ja
Wenn ja, wann? _____

Wurden ein oder mehrere Knoten in der Schilddrüse festgestellt? nein ja
Wenn ja, handelt es sich dabei um heiße Knoten? kalte Knoten?
Nur bei kalten Knoten: nein ja
Liegt ein gutartiger Befund vor? nein ja

Bei welchem Arzt waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? _____
Wann? _____
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Welche Behandlungen wurden durchgeführt? _____

Welche Behandlungen
- werden jetzt durchgeführt? _____
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? _____

Welche Medikamente sind erforderlich? _____
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16 Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter