

## 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