Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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:
Liegt ein gutartiger Befund vor? ☐ nein ☐ ja

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

Wann? _____

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