

**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-Thyreoiditis (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?

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