

Schilddrüse - Z 24

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. An welcher/n Erkrankung(en) oder Funktionsstörungen der Schilddrüse leiden oder litten Sie (z.B. Über-/Unterfunktion, Entzündung, Struma/Kropf, Tumor gutartig/bösartig)?

2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie? (z. B. Nervosität, Pulsbeschleunigung, Atemnot usw.)

3. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? am _____

4. Wie lange dauerten die Beschwerden an? von: _____ bis: _____

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: _____

ja, Welche? _____

6. Liegt eine Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse vor?
- Überfunktion
 Unterfunktion
 Normalfunktion

7. Liegt eine Vergrößerung der Schilddrüse vor? ja, seit _____
(Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: nein
Zunahme der Vergrößerung in den
letzten Jahren?)

Wird die Luftröhre durch die Schilddrüsenvergrößerung verdrängt oder eingeengt? ja
 nein

8. Bestehen Knoten in Ihrer Schilddrüse? ja, _____
(z.B. heißer Knoten, kalter Knoten) nein
Wenn ja, welcher Art?

9. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herzens, der Nieren, der Leber, Diabetes, hohem Blutdruck, Erhöhung der Blutfette oder der Harnsäure, Übergewicht?

nein

Ja Diagnose, Feststellungszeitpunkt, Therapie: _____

10. Wie wird die Schilddrüsenerkrankung bzw. Funktionsstörung behandelt?

Keine Behandlung

Medikamente von _____ bis _____

regelmäßig bei Bedarf

Präparatname: _____

Radiojodtherapie von _____ bis _____

Ergebnis _____

Operation durchgeführt am _____ Ergebnis _____

Art der OP _____

Operation angedacht Art der OP _____

Sonstige Behandlung Welche? _____

11. Welche Untersuchung(en) wurde(n) zuletzt bei Ihnen durchgeführt?

	Wann?	Ergebnis?
<input type="checkbox"/> Sonographie/Ultraschall		
<input type="checkbox"/> Szintigraphie		
<input type="checkbox"/> Röntgen/Computertomographie		
<input type="checkbox"/> Feingewebliche Untersuchung (Bösartigkeit)		
<input type="checkbox"/> Augenuntersuchung		
<input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung: _____		

12. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?

Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchung / Behandlung

13. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? nein ja, von _____ bis _____

14. Ist Ihr Gewicht in den letzten Jahren stabil geblieben? (Wenn nein, Zunahme / Abnahme um wieviel kg?) ja _____ kg nein Zunahme/ Abnahme um _____ kg

15. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Antragstellers

Z 24