

## Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

- Bösartiger Tumor     Hashimoto-Thyreoiditis     Adenom  
 Morbus Basedow     Überfunktion der Schilddrüse  
 Struma     Unterfunktion der Schilddrüse

Weitere Erkrankungen

Seit wann besteht die Erkrankung?

Monat    Jahr

    

Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

von    bis

    

Liegen die Schilddrüsenwerte im Normbereich?

- ja     nein

Welche Beschwerden haben Sie (z.B. Atemnot, Heiserkeit, Pulsbeschleunigungen oder Herzklopfen)?

Sind Knoten/Zysten vorhanden? Falls ja, welcher Art (z.B. kalter/ heißer Knoten, Zysten)?

- ja     nein

Ist die Schilddrüse, der Kropf, die Struma gewachsen?

- ja     nein

Falls ja, hat die Größe in den letzten Jahren zu- oder abgenommen?

War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?

- ja     nein

Falls ja, in welchem Zeitraum? (Bitte KH-Entlassungsbericht beifügen)

von    bis

    

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Wurde eine Radiojodtherapie durchgeführt oder angeraten?

- ja     nein

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

**Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.**

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person