

## Zusatzerklärung S – Schilddrüse

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung  
 \_\_\_\_\_

**1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?**

- Struma (Kropf)
- Unterfunktion
- Überfunktion
- Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoditis, Hashimoto Thyreoditis)
- Autoimmunkrankheit (Morbus Basedow)
- Adenom (gutartige Geschwulstbildung)
- Sonstige \_\_\_\_\_

**2. Art der Beschwerden:**

- Unruhe, Nervosität, Herzrasen
- Schlafstörungen, Müdigkeit
- Starkes Schwitzen
- Haarausfall
- Atemnot, Schluckbeschwerden
- Augensymptome
- Sonstige \_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_\_

**3. Besteht eine Halsverdickung?**

- Nein
- Ja      Art:     weich     hart

**4. Wurden Sie ambulant behandelt?**

- Nein
- Ja      von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Art der Behandlung:**

- Medikamente      Name des Medikaments \_\_\_\_\_ Tagesdosis \_\_\_\_\_
- Untersuchungen      Art der Untersuchung (z. B. Szintigraphie) \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme usw.) abgeschlossen?**

- Nein      Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten? \_\_\_\_\_
- Ja      \_\_\_\_\_

**5. Wurden Sie stationär behandelt?**

- Nein
- Ja      von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie operiert?**

- Nein
- Ja      Datum der Operation: \_\_\_\_\_  
 Art der Operation: \_\_\_\_\_

**Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?**

- Nein
- Ja      Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_  
 Art der Behandlung/Operation: \_\_\_\_\_

**6. War/ist eine Radiojodtherapie erforderlich?**

- Nein
- Ja      Wann: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

## Zusatzerklärung S – Schilddrüse

Antrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**7. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?**

Nein

Ja Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung:  
\_\_\_\_\_

**Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?**

Nein

Ja Angeraten/vorgesehen zum: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung:  
\_\_\_\_\_

**8. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?**

Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? \_\_\_\_\_

Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch?  
\_\_\_\_\_

**9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?**

Nein

Ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Erkrankung: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_