

Selbstauskunft für Kropf- und Schilddrüsenerkrankung

Anfrage vom: _____

Name der Person: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden/Symptome hatten bzw. haben Sie?
(z.B. Atemnot, Heiserkeit, Beängstigungen, erhöhte Herzfrequenz,
Schilddrüsenvergrößerung, Verdrängung der Augäpfel)

2.1. Wann sind sie zuletzt aufgetreten?

3. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

3.1. Ist eine Operation angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

4. Wie wurde/wird behandelt?

5. Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen, zum
Stillstand gekommen oder hat sie sich zurückgebildet?

5.1. Liegt Struma vor?

ja nein

5.2. Bestehen Zysten/Knoten?

ja nein

6. Wurden Sie operiert?

ja nein

6.1. Wenn ja: Wann?

7. Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

7.1. Dosierung?

8. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

10. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder
berufsunfähig?

ja nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. deren gesetzlichen Vertreter