

# Zusatzklärung zum Krankenversicherungsantrag



## Schilddrüsenerkrankungen

Barmenia  
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

Antrag vom:

---

Name, Vorname  
des Antragstellers:

---

Anschrift:

---

Person:

---

Vers.-Nr.:

---

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

---

2. Besteht eine

Überfunktion

Unterfunktion

Normalfunktion

der Schilddrüse?

3. Welche Beschwerden bzw. Symptome bestanden bzw. bestehen (z. B. Herzrasen, Gewichtsabnahme, Antriebschwäche, Gewichtszunahme)?

---

- Wann sind sie erstmals aufgetreten? Wann zuletzt?

4. Wie wurde untersucht?

Blutuntersuchung

Ultraschalluntersuchung (Sonographie)

Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie)

Feinnadelbiopsie

Bitte Befunde – falls vorhanden – beifügen.

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?  
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

---

Ort, Datum

K 4115 0420 DT

Unterschrift