

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.

5. Ist die Schilddrüse vergrößert? ja nein

Hat sich die Größe in letzter Zeit verändert?

nein

zugenommen

abgenommen

6. Bei (einem) Schilddrüsenknoten:

kalte(r)

warme(r)

heiße(r) Knoten

Zyste(n)

7. Wie wurde/wird behandelt?
(z. B. medikamentös, Radiojod-Therapie, Operationen)

8. Welche Arzneimittel wurden/werden eingenommen?
- Dosierung?

9. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?
(Häufigkeit und Art)

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

**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