

Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: _____
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung
bzw. in der Angebotsanforderung)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Schilddrüsenerkrankungen

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Struma, Kropf, Schilddrüsenvergrößerung | <input type="checkbox"/> Struma nodosa, Knotenstruma |
| <input type="checkbox"/> Hypothyreose, Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Morbus Basedow |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose, Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Autonomes Adenom |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis, Autoimmunthyreoiditis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenautonomie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs, Schilddrüsenkarzinom | <input type="checkbox"/> Kalte(r) Knoten |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenzyste(n) | <input type="checkbox"/> Heiße(r) Knoten |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche? | |

Liegt eine Schilddrüsenvergrößerung (Kropf, Struma) vor? ja nein

Wenn „ja“: Hat/ Ist das Wachstum der Kropfgeschwulst in den letzten Jahren

sich fortgesetzt zum Stillstand gekommen zurückgegangen

Bestehen Zysten? ja nein

Bestehen Knoten / Adenome? ja nein

Wenn „ja“: heiße(r) Knoten kalte(r) Knoten

Funktionslage?

Überfunktion/ Hyperthyreose Unterfunktion/ Hypothyreose

Normalfunktion/ Euthyreose

Handelt/e es sich um ein gut- oder bösartiges Krankheitsgeschehen?

gutartig bösartig

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

Blutuntersuchung Szintigraphie Punktion

Ultraschall Radiojodtest

Sonstige, welche?

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt?

Punktion wann? _____

Operation wann? _____

Radiojodtherapie wann? _____

Medikamente von-bis? _____

Name/n des/der Medikamente/s? _____

Sonstige, welche? wann? _____

Erfolgt/e eine rein prophylaktische Einnahme von Medikamenten?
(z.B. Jodid zur Verhinderung/ Entstehung einer Schilddrüsenvergrößerung.)

ja nein

(Bitte nur dann mit „ja“ beantworten, wenn **keine** Schilddrüsenerkrankung vorliegt oder vorlag.)

Welche Beschwerden haben Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Herzrasen, Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte näher beschreiben) | |

Sind weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?

ja nein

Wenn „ja“, welche? _____

Besteht ein Morbus Basedow?

ja nein

Besteht eine endokrine Orbitopathie?

ja nein

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

Hinweis: Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten
