

## 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?

- Gewichtsabnahme
- Gewichtszunahme
- Nervosität
- Schweißausbrüche
- Kälteempfindlichkeit
- Sonstige (bitte näher beschreiben)

- Konzentrationsschwäche
- hoher Blutdruck
- Herzinsuffizienz
- Herzrasen, Herzrhythmusstörungen

---

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.)

---

---

