

Medizinische Selbstauskunft

über Schilddrüsenerkrankungen

Antragsteller _____ Mitgl.-/ Bearb.-Nr: _____

Zu versichernde Person _____ Antrag/ Anfrage vom _____

1. Wie lautet die genaue Diagnose? _____

Struma/ Kropf/ Schilddrüsenvergrößerung

akute Schilddrüsenentzündung (Thyreoiditis)

Größe? (falls bekannt Grad I, II oder III) _____

chronische Schilddrüsenentzündung

Überfunktion/ Hyperthyreose

Morbus Basedow

Unterfunktion/ Hypothyreose

Schilddrüsenkrebs/ Schilddrüsenkarzinom

Hashimoto–Thyreoiditis/ Autoimmun–

Thyreoiditis/ chronisch-lymphozytäre

Thyreoiditis

2. Bestehen Knoten? Adenome? ja nein

3. Bestehen Zysten? ja nein

4. Wann wurde die Schilddrüsenerkrankung festgestellt, bzw. wann traten erstmals Beschwerden auf? _____

5. Welche diagnostischen Maßnahmen wurden in den letzten 3 Jahren durchgeführt?

Blutuntersuchung*

Szintigraphie*

Feinnadelpunktion*

Sonographie/ Ultraschall*

Radiojodtest*

_____ *

*Bitte legen Sie den Befund-/ Facharztbericht bei. Die Berichte erhalten Sie über Ihren Hausarzt bzw. Radiologen.

6. In welchen zeitlichen Abständen wurden diese Untersuchungen durchgeführt, bzw. sind diese geplant?

einmal jährlich halbjährlich vierteljährlich _____

7. Wie wurde bisher behandelt?

Medikamenteneinnahme von _____ (Medikament und Dosierung angeben)

Operation der Schilddrüse am _____

Radiojodtherapie am _____

Feinnadelpunktion am _____

8. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen? ja, wann _____ nein

9. Wurde eine Radiojodtherapie empfohlen? ja, wann _____ nein

10. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? ja, seit _____ nein, folgende

Beschwerden bestehen noch: _____

11. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Schilddrüsenerkrankungen arbeitsunfähig?

ja, von _____ bis _____ nein

ja, von _____ bis _____ nein

12. Ist die Behandlung abgeschlossen? ja, seit _____ nein

Name und Anschrift des Behandlers: _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meinen Gesundheitszustand verschwiegen zu haben.

Datum

Unterschrift Antragsteller und zu versichernde volljährige Person