

Medizinische Selbstauskunft

über Schilddrüsenerkrankungen

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

Zu versichernde Person _____ Antrag/ Anfrage vom _____

1. Wie lautet die genaue Diagnose? _____

☐ Struma/ Kropf/ Schilddrüsenvergrößerung

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

☐ Überfunktion/ Hyperthyreose

☐ Unterfunktion/ Hypothyreose

☐ Hashimoto–Thyreoiditis/ Autoimmun-

Thyreoiditis/ chronisch-lymphozytäre

Thyreoiditis

☐ akute Schilddrüsenentzündung (Thyreoiditis)

☐ chronische Schilddrüsenentzündung

☐ Morbus Basedow

☐ Schilddrüsenkrebs/ Schilddrüsenkarzinom

☐ _____

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 _____