

Fragebogen (Schilddrüsenerkrankung)



unternehmensgruppe
assekuranz-finanz-makler

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. **Wie wurde die Erkrankung bezeichnet?** (z.B. Knoten, Tumor, Struma, Morbus Basedow, Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion), Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion), Schilddrüsenentzündung (Hashimoto-Erkrankung))

2. **Seit wann besteht die Erkrankung?**

3. **Welche Beschwerden treten/traten bei Ihnen auf?** (z. B. Atemnot, Appetitlosigkeit, Unruhe, Schlafstörungen, starkes Schwitzen, Schluckbeschwerden, Schmerzen, Müdigkeit, Haarausfall, Heißhunger, Durchfälle, Fieber, Herzbeschwerden)

Wurde Ihr Blutdruck gemessen?

☐ nein

Wann zuletzt?

Werte?

☐ ja

syst.:

/diast.:

4. **Wann wurden Behandlungen durchgeführt?**

ambulant

von – bis

Name und Fachgebiet des Arztes, Physiotherapeuten, Heilpraktikers

stationär (bitte Entlassungsbericht beifügen)

von – bis

Name des Krankenhauses

Heilstätten, Sanatorium, Kur (bitte Entlassungsbericht beifügen)

von – bis

Name der Kurklinik

5. **Welche Behandlungen wurden durchgeführt?**

Medikamente

☐ nein

Welche?

Menge?

Wie oft?

☐ ja

Nehmen Sie derzeit noch Medikamente ein?

☐ nein

Welche?

Menge?

Wie oft?

☐ ja

Fragebogen (Schilddrüsenerkrankung)



unternehmensgruppe
assekuranz-finan-z-makler

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

Radiojodtherapie

☐ nein

Wann?

Wie oft?

☐ ja

Operationen (bitte Entlassungsbericht/histologischen Befund beifügen)

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

Sonstige Behandlungen

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

6. Sind weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen angeraten oder geplant?

☐ nein

Welche?

Wann?

☐ ja

7. Sind Folgen der Krankheit zurückgeblieben?

☐ nein

Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

☐ ja

Welche?

8. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?

9. Bestand wegen der o. a. oder einer anderen Erkrankung Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit von mehr als zwei Wochen innerhalb der letzten 5 Jahre?

☐ nein

☐ ja