



## Fragebogen Schilddrüsenerkrankungen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die Diagnose?

- Morbus Basedow  
 Hashimoto-Thyreoiditis  
 Schilddrüsentumor / Schilddrüsenadenom  
 gutartig  
 bösartig  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte reichen  
Sie uns bei bösartigen  
Tumoren die Berichte  
ein!

2. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

- a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden: \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
b) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten zu Ihren Behandlungen / Therapien mit:

- Keine Behandlung  
 Medikamente: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

4. Waren Sie wegen der Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?

Bei Schülern und Studenten geben Sie bitte die krankheitsbedingten Fehltage an:

- Nein  
 Ja, von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage  
von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage  
von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage

5. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen dieser Beschwerden behandelt?

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zu Versichernden  
(bei Minderjährigen zu Versichernden zusätzlich  
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s)