

Zusatzklärung Schilddrüse

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)																																
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____																																
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>																																
Art der Erkrankung	<p>An welchen Erkrankungen der Schilddrüse leiden oder litten Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)</p> <p><input type="checkbox"/> Welche Symptome/Beschwerden treten auf?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine</td> <td><input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme</td> <td><input type="checkbox"/> Myxödem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verstopfung</td> <td><input type="checkbox"/> Gewichtszunahme</td> <td><input type="checkbox"/> Konzentrationstörungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erschöpfbarkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Herzbeschwerden</td> <td><input type="checkbox"/> intellektuelle oder motorische Störungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> häufige stationäre Behandlungen</p> <p><input type="checkbox"/> stabilisiert unter medikamentöser Therapie Welche Medikamente? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ausgeheilt seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)</p> <p><input type="checkbox"/> bestehend, jedoch ohne Beschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> bestehend mit Symptomen Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Basedow Krankheit (Morbus Basedow)</p> <p><input type="checkbox"/> Unterentwicklung der Schilddrüse (Aplasie/Hypoplasie)</p> <p><input type="checkbox"/> Kropf (Struma)</p> <p><input type="checkbox"/> bestehend - Abklärung ohne Feststellung von Knoten oder Verdacht auf Bösartigkeit (Malignität)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine Symptome wie Husten, Heiserkeit oder Luftnot</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist tastbar, jedoch nicht sichtbar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist sichtbar - Halsumfang am höchsten Punkt: _____ cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist extrem und eine körperliche Behinderung</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> bestehend - Feststellung</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> eines kalten Knotens</td> <td><input type="checkbox"/> eines warmen Knotens</td> <td><input type="checkbox"/> eines heißen Knotens</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Riedel-Struma</td> <td><input type="checkbox"/> schnelles Wachstum</td> <td><input type="checkbox"/> Untersuchungen noch nicht abgeschlossen</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Thyreoiditis: (SD-Entzündung) <input type="checkbox"/> akut seit _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> chronisch seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis: <input type="checkbox"/> akut seit _____ (Monat/Jahr) <input type="checkbox"/> chronisch seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> tumoröse Veränderungen in der Schilddrüse</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krebs</td> <td><input type="checkbox"/> Adenom</td> <td><input type="checkbox"/> autonomes Adenom</td> <td><input type="checkbox"/> multiple endokrine Neoplasie</td> <td><input type="checkbox"/> Fibrosarkom</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Karzinom:</td> <td><input type="checkbox"/> papillär</td> <td><input type="checkbox"/> follikulär</td> <td><input type="checkbox"/> medullär</td> <td><input type="checkbox"/> anaplastisch/kleinzellig</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p>Ergebnis der Histologie und TNM-Einstufung (Wenn möglich mit einreichen)? _____</p>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/> Myxödem	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Konzentrationstörungen	<input type="checkbox"/> Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> intellektuelle oder motorische Störungen	<input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit			<input type="checkbox"/> keine Symptome wie Husten, Heiserkeit oder Luftnot	<input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist tastbar, jedoch nicht sichtbar	<input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist sichtbar - Halsumfang am höchsten Punkt: _____ cm	<input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist extrem und eine körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> eines kalten Knotens	<input type="checkbox"/> eines warmen Knotens	<input type="checkbox"/> eines heißen Knotens	<input type="checkbox"/> einer Riedel-Struma	<input type="checkbox"/> schnelles Wachstum	<input type="checkbox"/> Untersuchungen noch nicht abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Adenom	<input type="checkbox"/> autonomes Adenom	<input type="checkbox"/> multiple endokrine Neoplasie	<input type="checkbox"/> Fibrosarkom	<input type="checkbox"/> Karzinom:	<input type="checkbox"/> papillär	<input type="checkbox"/> follikulär	<input type="checkbox"/> medullär	<input type="checkbox"/> anaplastisch/kleinzellig
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/> Myxödem																															
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Konzentrationstörungen																															
<input type="checkbox"/> Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> intellektuelle oder motorische Störungen																															
<input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit																																	
<input type="checkbox"/> keine Symptome wie Husten, Heiserkeit oder Luftnot																																	
<input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist tastbar, jedoch nicht sichtbar																																	
<input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist sichtbar - Halsumfang am höchsten Punkt: _____ cm																																	
<input type="checkbox"/> die Schilddrüsenvergrößerung ist extrem und eine körperliche Behinderung																																	
<input type="checkbox"/> eines kalten Knotens	<input type="checkbox"/> eines warmen Knotens	<input type="checkbox"/> eines heißen Knotens																															
<input type="checkbox"/> einer Riedel-Struma	<input type="checkbox"/> schnelles Wachstum	<input type="checkbox"/> Untersuchungen noch nicht abgeschlossen																															
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Adenom	<input type="checkbox"/> autonomes Adenom	<input type="checkbox"/> multiple endokrine Neoplasie	<input type="checkbox"/> Fibrosarkom																													
<input type="checkbox"/> Karzinom:	<input type="checkbox"/> papillär	<input type="checkbox"/> follikulär	<input type="checkbox"/> medullär	<input type="checkbox"/> anaplastisch/kleinzellig																													
Erkrankungs-Zeitraum	<p>In welchem Rhythmus tritt/trat die Schilddrüsenerkrankung bislang auf?</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> wiederholt wie oft? _____ mal wie lange durchschnittlich? _____</p> <p> wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> dauernd wann erstmalig? _____ (Monat/Jahr) wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p>																																

Zusatzklärung Schilddrüse

Zu versichernde Person: _____

Antragsnummer: _____
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: _____

Seite 2 von 3

Unter- Suchungen

Welche Untersuchungen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?

Labor (letztes Ergebnis) _____ (Monat/Jahr)

T3 _____ ng/dl oder _____ nmol/l

Gesamt T4 _____ ug/dl oder _____ nmol/l

fT4 _____ ng/dl oder _____ pmol/l

TSH _____ mU/l

LATS _____

Sonographie/Ultraschall _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Szinti-/Angiographie _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Computertomographie _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Feinnadelbiopsie _____ (Monat/Jahr) Ergebnis Gewebeprobe gutartig bösartig

Radiojodtest _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Augenuntersuchung _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

EKG _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Sonstige Untersuchungen _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Bei krankhaften Befunden: bei welchem Arzt können die Befunde/Histologien angefordert werden (Bei Mehrfachnennungen bitte zuordnen)?

Behandlung

Die Symptome haben sich verbessert sind gleich geblieben verschlechtert

Welche Folgen/Beschwerdesymptome bestehen derzeit? _____ keine

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit? _____

Wie wird/wurde die Erkrankung/die Beschwerden der Schilddrüse behandelt?

keine Behandlung erfolgt/erforderlich

mit Medikamenten (bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben) _____

Die Einnahme erfolgt(e) derzeit noch immer seit _____ (Monat/Jahr) regelmäßig nur bei Bedarf

nicht mehr seit _____ (Monat/Jahr)

Radiojodtherapie, wann? von _____ bis _____ (Monat/Jahr) Ergebnis _____

Operation (in den letzten 10 Jahren) ist erfolgt, wann? _____ (Monat/Jahr)

Welche? _____

Der Gewebefund (Histologie) war gutartig bösartig (Bitte Kopie der Histologie mitschicken)

Die TNM-Einstufung lautete: _____

Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? _____

Zusatzklärung Schilddrüse

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3
<input type="checkbox"/> Operation geplant oder angeraten , wann? _____ (Monat/Jahr) Welche? _____	
<input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung wann? von _____ bis _____ (Monat/Jahr) Welche? _____ Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? _____ _____	
Waren oder sind Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann _____ (Monat/Jahr) in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____ _____	
Wurden Sie als geheilt aus der Behandlung entlassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann _____	
Weitere Fragen an die zu versichernde Person	Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? _____ wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr)
	Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____
	Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____
	Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen. Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach! Bitte immer beantworten: Folgen noch weitere Angaben? <input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten <input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben
Unterschrift	_____
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
Belehrung	Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Versicherung schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen. Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird? Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.