

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

|_|_|_|_|·|_|_|_|_|·|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fragebogen zu Schilddrüsenerkrankungen

1. An welcher/n Erkrankung(en) oder Funktionsstörung(en) der Schilddrüse leiden oder litten Sie?

2. Sind Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z. B.: Herzrasen, Nervosität, Depression, Heiserkeit, Schluckstörungen, Sehstörungen, Entzündungsreaktionen, Verdauungsstörungen)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals? _____

Wann zuletzt? _____

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Besteht eine Vergrößerung der Schilddrüse?

nein ja

Falls ja, knotig oder diffus? _____

Stand 05.2018

4. Haben Sie aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler**)

nein ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|

5. Wurde eine Szintigraphie / nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt?
Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, wann? _____

kein Knoten nachgewiesen

Nachweis von heißen Knoten

Nachweis von kalten Knoten

Ergebnis nicht bekannt

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

6. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

7. Leiden oder litten Sie an schilddrüsenbedingten Erkrankungen der Augen (z. B. Augentrockenheit, Exopthalmus (hervorstehende Augen) Doppelbildwahrnehmungen)? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche? _____

Wann zuletzt untersucht? _____

Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

8. Besteht oder bestand eine Schilddrüsenunter- oder -überfunktion? **Befunde der Hormonbestimmung bitte beifügen!**

Normale Funktion der Schilddrüse (Normothyreose)

Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose, Morbus Basedow)

Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose)

9. Sind aufgrund der Erkrankung akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

nein ja

Falls ja, welche und wann?

10. Wurde eine feingewebliche Untersuchung im Rahmen einer Schilddrüsenpunktion / -biopsie oder Operation durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

11. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche und wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

12. Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankung Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche und wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

13. Wie wurde / wird ansonsten behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

(Fortsetzung Frage 13 auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung Frage 13)

<input type="checkbox"/> Bestrahlung	Art der Bestrahlung: _____ von: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ wie oft wöchentlich? _____
<input type="checkbox"/> Radiojodtherapie	Erfolgreich? _____ von: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ wie oft wöchentlich? _____
<input type="checkbox"/> andere Therapien / Behandlungen	Welche? _____ von: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ bis: _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _ wie oft wöchentlich? _____

14. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Stimm- oder Schluckstörungen, Augenveränderungen)? nein ja

Falls ja, welche?

15. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

16. Waren Sie aufgrund der Erkrankung arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_|

von: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_|

17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten? nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

18. Rauchen Sie, oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht? nein ja

Falls ja, was? _____

Wie viel pro Tag? _____ Seit wann? _____

Bei Extrauchern, bis wann? _____

19. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum	Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)
------------	--

