

## Fragebogen Schilddrüsenerkrankungen

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

### Krankheiten

1. Welche Schilddrüsenerkrankung besteht oder bestand bei Ihnen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)    |
| <input type="checkbox"/> Morbus Basedow                           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenvergrößerung/Struma             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten                       | <input type="checkbox"/> Akute Schilddrüsenentzündung (Thyreoiditis) |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis                   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsentumor                           |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____                    |  |

### Beschwerden

2. Wann wurde die Diagnose gestellt? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atemnot               | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme       |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit            | <input type="checkbox"/> Erschöpfung/Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Orbitopathie          | <input type="checkbox"/> keine                 |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ |  |

Bestehen Folgen der Erkrankung?

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

### Medikamente

3. Nehmen Sie aufgrund der Erkrankung Medikamente ein?

- Nein       Ja, folgende \_\_\_\_\_

**Untersuchungen/  
Behandlungen**

4. Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind bzgl. der Schilddrüse erfolgt oder geplant?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Laboruntersuchung     | <input type="checkbox"/> Ultraschall (Sonografie) |
| <input type="checkbox"/> Szintigraphie         | <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) |
| <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT)        | <input type="checkbox"/> Gewebeentnahme (Biopsie) |
| <input type="checkbox"/> Operation             | <input type="checkbox"/> keine                    |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ |   |

**Behandler**

5. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Untersuchungsart \_\_\_\_\_

Datum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte – inkl. zugehöriger histologischer Befunde – in Kopie mit ein.****Arbeitsunfähigkeiten**6. Waren Sie aufgrund der Erkrankung/Beschwerden **arbeitsunfähig**?

- 
- Nein
- 
- Ja, Zeitraum \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben**

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

---



---

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung  
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum**X**\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen  
zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)