

# Selbstauskunft: Schilddrüsenerkrankungen

Name:

Geb.datum:

1. a) Welche Krankheitsbezeichnung nannte Ihnen der Behandler?

b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (bitte Name u. Anschrift)

c) Wie oft haben Sie **deshalb** in den letzten 36 Mon. einen Behandler aufgesucht?

2. a) Welche Beschwerden hatten Sie?

b) Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

c) Wie häufig sind diese Beschwerden aufgetreten?

d) In welchen Abständen?

e) Wann zuletzt?

3. a) Haben/hatten Sie eine Pulsbeschleunigung oder Herzbeschwerden?

ja

nein

b) Wurde eine Bestrahlung oder Radiojodtherapie durchgeführt?

ja

nein

c) Haben/hatten Sie eine Schilddrüsenvergrößerung (Zunahme Halsumfang)?

ja

nein

d) Wurde ein Adenom oder Knoten festgestellt?

ja

nein

e) Liegt/lag eine Schilddrüsenfunktionsstörung (Unter-/Überfunktion) vor?  
Wenn ja, welche?

ja

nein

f) Kennen Sie die Ursache der Funktionsstörung? (z.B. Morbus Basedow, Hashimoto- bzw. Autoimmuntyreoiditis?)  
Wenn ja, welche?

ja

nein

4. a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?

b) Sind Sie es jetzt noch?

ja

nein

c) Waren Sie arbeits- bzw. dienstunfähig?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Name:

Geb.datum:

Blatt -2- Selbstauskunft Schilddrüsenerkrankungen

5. War eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich?  ja Datum \_\_\_\_\_  nein  
Wo? (Name, Anschrift)

6. Wurden Sie operiert?  ja Datum \_\_\_\_\_  nein  
Welche Operation?   
Mit welchem Erfolg?   
Wie lautet das histologische Ergebnis?  gutartig  bösartig

7. a) Erhielten Sie Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

b) Nehmen Sie das Medikament noch?  ja  nein  
Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen bzw. in welcher Dosierung?

c) Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen, Bäder, Kuren?  ja  nein  
Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten?

d) Injektionen  ja  nein  
Wenn ja, Anzahl in den letzten 36 Monaten?

e) Andere Behandlungen? (z.B. Psychotherapie, Spiegelungen usw.)

8. Seit wann sind Sie beschwerdefrei?   
Sofern noch Beschwerden bestehen - welcher Art sind diese?

9. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

10. a) Weswegen waren Sie zum letzten Male beim Arzt/Heilpraktiker (Diagnose)?   
b) Wann?   
c) Was wurde festgestellt? (Diagnose?)   
d) Name, Anschrift des Behandlers?

Name:

Geb.datum:

Blatt -3- Selbstauskunft Schilddrüsenerkrankungen

---

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben gefährden den Versicherungsschutz.

Mit einer Anfrage bei meinen Behandlern erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers