

# Fragebogen: Schilddrüsenerkrankung

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

## 1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- |   |  |   |   |                                 |
|---|--|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion  | <input type="checkbox"/> Überfunktion  | <input type="checkbox"/> Struma diffusa | <input type="checkbox"/> Struma nodosa  | <input type="checkbox"/> Adenom |
| <input type="checkbox"/> Formveränderung  | <input type="checkbox"/> heißer Knoten | <input type="checkbox"/> kalter Knoten  | <input type="checkbox"/> Morbus Basedow |                                 |
| <input type="checkbox"/> Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoiditis, Hashimoto) |  |   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |  |   |   |                                 |

## 2. Welche Beschwerden treten auf?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall              | <input type="checkbox"/> übermäßiges Schwitzen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe, Nervösität |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen                | <input type="checkbox"/> Atemnot               | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden                             |
| <input type="checkbox"/> Magen-, Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung   |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____         |  |   |

## 3. Besteht eine Verdickung am Hals?

- Ja | nähere Angaben: \_\_\_\_\_
- Nein

## 4. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Nein

## Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

- Medikation

Name	Dosierung
Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft

- Untersuchungen

welche	Ergebnis
--------	----------

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

# Fragebogen: Schilddrüsenerkrankung

B

## 5. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja       OP      | Datum der OP: \_\_\_\_\_      Art: \_\_\_\_\_  
 OP angeraten      | wann: \_\_\_\_\_      Art: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

## 6. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja       Aufenthalt      | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

## 7. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja      | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Nein

## 8. Besteht Behandlungsfreiheit? (Medikamenteneinnahme hier nicht berücksichtigt)

- Ja | seit: \_\_\_\_\_       Nein

## 9. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: \_\_\_\_\_       Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde