

Fragebogen: Schilddrüsenerkrankung

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
--------------------	------------

Weiterleitung an Gesellschaft(en)

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- Unterfunktion Überfunktion Struma diffusa Struma nodosa Adenom
 Formveränderung heißer Knoten kalter Knoten Morbus Basedow
 Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoiditis, Hashimoto)
 Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden treten auf?

- Haarausfall übermäßiges Schwitzen Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe, Nervosität
 Herzrasen Atemnot Schluckbeschwerden
 Magen-, Darmerkrankungen Gewichtsveränderung
 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