

# 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