

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | |
|------------------------|--|---|
| Heißer Knoten | Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | Adenom |
| Kalter Knoten | Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) | Schilddrüsenvergrößerung (Struma diffusa) |
| Morbus Basedow | Schilddrüsenkrebs | Schilddrüsenentzündung (Hashimoto-/Autoimmun-Thyreoditis) |
| Kropf (Struma nodosa): | Vergrößerung tastbar aber nicht sichtbar | Vergrößerung sichtbar |
| Sonstige: | | |

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Müdigkeit | Schlafstörungen | Konzentrationsstörungen | Haarausfall |
| Gewichtsverlust | Gewichtszunahme | Sehstörungen | Frieren |
| Schweißausbrüche | Heiserkeit | Depressive Phase | Kreislaufstörungen |
| Unruhe/Nervosität | Bluthochdruck | Herzrasen | Atemnot |
| Verdauungsstörungen | Menstruationsstörungen | Hauttrockenheit | Hervortreten der Augäpfel |
| Schluckbeschwerden Sonstige: | | | |

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)? andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Medikamente: In welcher Dosierung? täglich bedarfsweise

von: bis:

Strahlentherapie Radiojodtherapie

Andere Therapien:

von: bis: mit Erfolg ohne Erfolg

5. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input style="width: 60px;" type="text"/> bis: <input style="width: 60px;" type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input style="width: 60px;" type="text"/> bis: <input style="width: 60px;" type="text"/>

6. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankungen durchgeführt bzw. sind geplant?

- | | |
|---------------|-------------|
| Szintigraphie | Ultraschall |
| Biopsie | Punktion |
| Sonstige: | |

Wann | in welchen Abständen ?

Mit welchem Ergebnis?

(Bitte Befund/Histologie beifügen)

B

7. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt?

Ja | welches?

Nein

Ergebnis des Gewebefundes?

gutartig

bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

8. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

9. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Stimm- oder Schluckstörungen, Augenveränderungen)?

Ja | welche?

Nein

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

11. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

12. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort
Datum
Unterschrift der zu versichernden Person