Netfonds AG

Medizinische Selbstauskunft

über Schilddrüsenerkrankungen

Antragsteller_____ Mitgl.-/ Bearb.-Nr: _____

Zu versichernde Person _____ Antrag/ Anfrage vom _____

1. Wie lautet die genaue Diagnose? _____

_____

- ☐ Struma/ Kropf/ Schilddrüsenvergrößerung
  Größe?(falls bekannt Grad I, II oder III) _____
- ☐ Überfunktion/ Hyperthyreose
- ☐ Unterfunktion/ Hypothyreose
- ☐ Hashimoto–Thyreoiditis/ Autoimmun-Thyreoiditis/ chronisch-lymphozytäre Thyreoiditis
- ☐ akute Schildrüsenentzündung (Thyreoiditis)
- ☐ chronische Schilddrüsenentzündung
- ☐ Morbus Basedow
- ☐ Schilddrüsenkrebs/ Schilddrüsenkarzinom
- ☐ _____

2. Bestehen Knoten? Adenome? ☐ ja ☐ nein
3. Bestehen Zysten? ☐ ja ☐ nein
4. Wann wurde die Schilddrüsenerkrankung festgestellt, bzw. wann traten erstmals Beschwerden auf? _____
5. Welche diagnostischen Maßnahmen wurden in den letzten 3 Jahren durchgeführt?
   - ☐ Blutuntersuchung*
   - ☐ Szintigraphie*
   - ☐ Feinnadelpunktion*
   - ☐ Sonographie/ Ultraschall*
   - ☐ Radiojodtest*
   - ☐ _____*

***Bitte legen Sie den Befund-/ Facharztbericht bei.** Die Berichte erhalten Sie über Ihren Hausarzt bzw. Radiologen.

6. In welchen zeitlichen Abständen wurden diese Untersuchungen durchgeführt, bzw. sind diese geplant?
   ☐ einmal jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ _____
7. Wie wurde bisher behandelt?
   - ☐ Medikamenteneinnahme von _____ (Medikament und Dosierung angeben)
   - ☐ Operation der Schilddrüse am _____
   - ☐ Radiojodtherapie am_____
   - ☐ Feinnadelpunktion am_____

8. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen? ☐ ja, wann _____ ☐ nein
9. Wurde eine Radiojodtherapie empfohlen? ☐ ja, wann _____ ☐ nein
10. Sind Sie jetzt beschwerdefrei? ☐ ja, seit _____ ☐ nein, folgende
    Beschwerden bestehen noch:_____
11. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Schilddrüsenerkrankungen arbeitsunfähig?
    ☐ ja, von _____ bis _____ ☐ nein
    ☐ ja, von _____ bis _____ ☐ nein
12. Ist die Behandlung abgeschlossen? ☐ ja, seit _____ ☐ nein
    Name und Anschrift des Behandlers: _____

Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meinen Gesundheitszustand verschwiegen zu haben.

_____ _____

Datum Unterschrift