

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

\_\_\_\_\_  
Postfach 1660  
61406 Oberursel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_  
Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Schilddrüsen-, Hormon-, Milz- und Bluterkrankungen (1.11)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Drüsen (auch Schilddrüse; auch Hormonstörung), der Milz oder des Blutes (auch Gerinnungsstörungen) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Herzrasen, Nervosität, Bluthochdruck, Depression, Heiserkeit, Schluckstörungen, Sehstörungen, Gewichtsveränderungen, Entzündungsreaktionen, Verdauungsstörungen, Blutungsneigung, Gelenkeinblutungen, Thrombosen, Blutarmut)?

nein  ja

Falls ja, wann erstmals?    □□.□□.□□□□

Wann zuletzt?    □□.□□.□□□□

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stand 04.2020

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. körperliche Anstrengung, Stress, Kälte, Hitze) bekannt / aufgefallen?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

4. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? \_\_\_\_\_

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher? \_\_\_\_\_

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)

nein  ja

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: / /  zuletzt aufgesucht am: / /

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

erstmals aufgesucht am: / /  zuletzt aufgesucht am: / /

6. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. des Blutbildes, der Gerinnungswerte, der Schilddrüsenfunktionswerte oder anderer Hormonwerte im Blut) festgestellt?

nein  ja

**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? / /

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

7. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

medikamentös

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

weitere Medikamente

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Radiojodtherapie

Medikamentenname: \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

andere Therapien

Welche? \_\_\_\_\_

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

wie oft wöchentlich? \_\_\_\_\_

8. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut  
behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung,  
Notarztbehandlung)?  nein  ja

Falls ja, welche Komplikationen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

9. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig?  nein  ja

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

10. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphien / nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

11. **Nur falls eine Schilddrüsenerkrankung besteht oder bestand, bitte die Fragen a) bis d) beantworten:**

a) Besteht oder bestand **in den letzten 5 Jahren** eine Schilddrüsenunter- oder -überfunktion? **Befunde der Hormonbestimmung bitte beifügen!**

nein  ja

- normale Funktion der Schilddrüse (Euthyreose)  
 Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose, M. Basedow)  
 Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose, Hashimoto)

b) Wurden im Zusammenhang mit der Schilddrüsenerkrankung Knoten nachgewiesen?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

- keine Knoten nachgewiesen  
 Nachweis von heißen Knoten  
 Nachweis von kalten Knoten  
 Ergebnis nicht bekannt

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

c) Besteht oder bestand **in den letzten 5 Jahren** eine Vergrößerung der Schilddrüse?

nein  ja

(Fortsetzung der Frage 11 auf der nachfolgenden Seite)

(Fortsetzung Frage 11)

- d) Leiden oder litten Sie **in den letzten 5 Jahren** an schilddrüsenbedingten Erkrankungen der Augen (z.B. Augentrockenheit, Exophthalmus [hervorstehende Augen], Doppelbildwahrnehmungen)? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

12. Erfolgten **in den letzten 5 Jahren** Gewebsentnahmen (Biopsien) wegen der Beschwerden / Erkrankungen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welches Ergebnis?

---

---

---

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

---

---

---

13. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

14. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

nein  ja

**Befunde bitte beifügen!**

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

15. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

16. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Stimm- oder Schluckstörungen, Augenveränderungen, Entfernung der Schilddrüse oder der Milz)?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

17. Haben die Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein  ja

Falls ja, zu welchen?

---

---

---

18. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein  ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

---

---

---

19. Besteht an Ihrem Arbeitsplatz eine Unfall- oder Verletzungsgefahr?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

20. Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  nein  ja

Falls ja, was? 

---

Wie viel pro Tag? 

---

Seit wann? ||||||||

Bei Extrauchern: Bis wann? ||||||||

21. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

---

---

---

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum	Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)
------------	--

x