

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?

3. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?
(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.) nein ja

erstmalig aufgesucht am: zuletzt aufgesucht am:

erstmalig aufgesucht am: zuletzt aufgesucht am:

4. 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? _____

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: bis:

von: bis:

6. 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?

7. Nur falls eine Schilddrüsenerkrankung besteht oder bestand, bitte die Fragen a) bis c) 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)

c) 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? . .

8. Erfolgt **in den letzten 5 Jahren** Gewebentnahmen (Biopsien) wegen der Beschwerden / Erkrankungen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welches Ergebnis?

Wann? . .

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

Falls ja, welche?

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

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

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

nein ja

Falls ja, welche?

12. 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