

ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG Schilddrüsenerkrankungen

Zu versichernde Person	Geburtsdatum
Beruf	
Antrag Nr.	
Wir bitten um detaillierte Angaben! Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.	
1. Wie äußerte sich die Erkrankung? z.B. Halsvergrößerung, Atemnot, Kreislaufstörungen, Durchfall, Gewichtszunahme oder -abnahme, Nervosität	
2. Wann traten die Beschwerden auf? (Monat/Jahr) Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? (Monat/Jahr) (Bitte Name und Anschrift der Ärzte angeben) Haben Sie jetzt noch Krankheitserscheinungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	
3. Wie wird/wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)? (z.B. Schilddrüsenkrebs, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion, Kropf (Struma), Schilddrüsenknoten, Schilddrüsenentzündung) (Bitte geben Sie uns, wenn möglich, nähere Auskunft)	
4. Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung bekannt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	
5. Mit welchen Medikamenten wurden Sie behandelt? (Bitte jeweils die Dosis angeben) Welche Medikamente werden weiterhin verordnet? (Bitte jeweils die Dosis angeben)	
6. Wurden andere therapeutische Maßnahmen durchgeführt/empfohlen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	

7. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt? (z.B. Röntgenuntersuchungen, Computertomogramm, Laboruntersuchungen)		
Untersuchung/Behandlung mit Datum (Monat/Jahr)	Arzt-/Krankenhaus- anschrift	Ergebnis der Untersuchung/Behandlung
8. Sind Sie operiert worden? Wann? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welcher Art war die Operation? (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)		
Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten? Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9. Lag Bösartigkeit vor? Wenn ja, wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? (Monat/Jahr)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
10. Wurde eine Chemotherapie oder Strahlenbehandlung durchgeführt? Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr) (Bitte die Anschrift des Krankenhauses angeben)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
11. Hatten Sie eine Kurbehandlung? Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt? (Monat/Jahr)		
12. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor? Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter