

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? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann? (Monat/Jahr)		
Welcher Art war die Operation? (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)		
Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)		
9. Lag Bösartigkeit vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? (Monat/Jahr)		
10. Wurde eine Chemotherapie oder Strahlenbehandlung durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr) (Bitte die Anschrift des Krankenhauses angeben)		
11. Hatten Sie eine Kurbehandlung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?		
Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt? (Monat/Jahr)		
12. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.		

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