ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Schilddrüsenerkrankungen

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion ☐ Struma (Kropf)
☐ heißer Knoten ☐ kalter Knoten ☐ Formveränderung
☐ Adenom ☐ Morbus Basedow
☐ Enzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoditis, Hashimoto)
☐ Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden treten auf?

☐ Haarausfall ☐ Übermäßiges Schwitzen
☐ Müdigkeit, Schlafstörungen ☐ Unruhe, Nervösität
☐ Herzrasen ☐ Schluckbeschwerden
☐ Atemnot ☐ Sonstiges: _____

3. Besteht eine Verdickung am Hals?

☐ nein
☐ ja Nähere Angaben: _____

4. Fanden ambulante Behandlungen statt?

☐ nein
☐ ja, von:_____ bis:_____

5. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____
Dosierung: _____
Einnahme seit: _____
☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen: (Radio-Jod-Test, Bestrahlungen Radio-Jod-Therapie, Schilddrüsenzintigramm)**
Welche: _____
Ergebnis: _____

☐ **Sonstiges:** _____

6. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____
☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

7. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein
☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten _____
☐ Sonstiges: _____

8. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

☐ nein
☐ ja, von: _____ bis: _____

9. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein
☐ ja, seit: _____

10. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein
☐ ja, seit: _____

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41 / 905 - 0
Telefax 0 44 41 / 905 - 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Andreas Dienst | Dr. Ulrich Knemeyer | Manfred Schnieders
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 201539

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Dr. Ulrich Knemeyer
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 110012