

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Schilddrüsenerkrankungen

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Erkrankung(en) oder Funktionsstörungen der Schilddrüse liegen/ lagen vor?

- Schilddrüsenunterfunktion/ Hypothyreose
- Schilddrüsenüberfunktion/ Hyperthyreose
- Struma/ Kropf
- Hashimoto-Thyreoiditis
- Morbus Basedow
- Zyste(n)
- heißer Knoten kalter Knoten
- Tumor gutartig bösartig (Krebs)
- angeborene Erkrankung, welche? _____
- Sonstige, welche? _____

3. Bei Struma/ Kropfgeschwulst

Struma/ Kropf Grad 0 1 1a 1b 2 3

Ist die Kropfgeschwulst in den letzten Jahren gewachsen? nein ja

Ist die Kropfgeschwulst zum Stillstand gekommen? nein ja

4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- Müdigkeit, Schlafstörungen
- übermäßiges Schwitzen
- Kälteempfindlichkeit (frieren)
- Schluckbeschwerden
- Stimmungsschwankungen
- Unruhe, Nervosität
- spröde, brüchige Haare/ Haarausfall
- Gewichtszunahme
- Gewichtsabnahme
- sonstige: _____

5. Wie wird/ wurde die Schilddrüsenerkrankung bzw. Funktionsstörung behandelt?

- keine Behandlung
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Radiojodtherapie: Zeitraum: _____
 Operation durchgeführt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
 Operation angeraten
 Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Strahlen-, Chemotherapie
 Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

D522222

6. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Internist Endokrinologe Nuklearmediziner/ Radiologe Heilpraktiker
 sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

7. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige 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 der zu versichernden Person über 16 Jahre
 (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)