

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Schilddrüsenerkr.

VD522203

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

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

<p>1. Wie lautet die exakte Diagnose?</p> <p><input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Struma (Kropf)</p> <p><input type="checkbox"/> heißer Knoten <input type="checkbox"/> kalter Knoten <input type="checkbox"/> Formveränderung</p> <p><input type="checkbox"/> Adenom <input type="checkbox"/> Morbus Basedow</p> <p><input type="checkbox"/> Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoiditis, Hashimoto)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>2. Welche Beschwerden treten auf?</p> <p><input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen</p> <p><input type="checkbox"/> Müdigkeit, Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Unruhe, Nervosität</p> <p><input type="checkbox"/> Herzrasen <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>3. Besteht eine Verdickung am Hals?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Nähere Angaben: _____</p> <p>4. Fanden ambulante Behandlungen statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p>5. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft</p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchungen: (Radio-Jod-Test, Bestrahlungen Radio-Jod-Therapie, Schilddrüsenzintigramm)</p> <p>Welche: _____</p> <p>Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	<p>6. Fand eine stationäre Behandlung statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>7. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>8. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p>9. Besteht Behandlungsfreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p>10. Besteht Beschwerdefreiheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.