

## Medizinische Selbstauskunft

über Schilddrüsenerkrankungen

Antragsteller \_\_\_\_\_

Mitgl.-/ Bearb.-Nr: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person \_\_\_\_\_

Antrag/ Anfrage vom \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die genaue Diagnose? \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Struma/ Kropf/ Schilddrüsenvergrößerung<br>Größe?(falls bekannt Grad I, II oder III) _____ | <input type="checkbox"/> akute Schilddrüsenentzündung (Thyreoiditis) |
| <input type="checkbox"/> Überfunktion/ Hyperthyreose  | <input type="checkbox"/> chronische Schilddrüsenentzündung           |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion/ Hypothyreose  | <input type="checkbox"/> Morbus Basedow                              |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto–Thyreoiditis/ Autoimmun-<br>Thyreoiditis/ chronisch-lymphozytäre<br>Thyreoiditis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs/ Schilddrüsenkarzinom     |
|   | <input type="checkbox"/> _____                                       |

2. Bestehen Knoten? Adenome?  ja  nein
3. Bestehen Zysten?  ja  nein
4. Wann wurde die Schilddrüsenerkrankung festgestellt, bzw. wann traten erstmals Beschwerden auf? \_\_\_\_\_
5. Welche diagnostischen Maßnahmen wurden in den letzten 3 Jahren durchgeführt?
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung*         | <input type="checkbox"/> Szintigraphie* | <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion* |
| <input type="checkbox"/> Sonographie/ Ultraschall* | <input type="checkbox"/> Radiojodtest*  | <input type="checkbox"/> _____*             |

**\*Bitte legen Sie den Befund-/ Facharztbericht bei.** Die Berichte erhalten Sie über Ihren Hausarzt bzw. Radiologen.

6. In welchen zeitlichen Abständen wurden diese Untersuchungen durchgeführt, bzw. sind diese geplant?
- einmal jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  \_\_\_\_\_
7. Wie wurde bisher behandelt?
- Medikamenteneinnahme von \_\_\_\_\_ (Medikament und Dosierung angeben)
- Operation der Schilddrüse am \_\_\_\_\_
- Radiojodtherapie am \_\_\_\_\_
- Feinnadelpunktion am \_\_\_\_\_
8. Wurde Ihnen eine Operation empfohlen?  ja, wann \_\_\_\_\_  nein
9. Wurde eine Radiojodtherapie empfohlen?  ja, wann \_\_\_\_\_  nein
10. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein, folgende  
Beschwerden bestehen noch: \_\_\_\_\_
11. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen Schilddrüsenerkrankungen arbeitsunfähig?
- ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein
- ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein
12. Ist die Behandlung abgeschlossen?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein
- Name und Anschrift des Behandlers: \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meinen Gesundheitszustand verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift