

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
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-
Thyreoiditis/ chronisch-lymphozytäre
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