

## Zusatzklärung Schilddrüse

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
 (bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Erläuterungen**

**Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!**

Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie **uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben**, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.

In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. **Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.**

**Art der Erkrankung**

An welchen Erkrankungen der Schilddrüse leiden oder litten Sie?

**Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)**

Welche Symptome/Beschwerden treten auf?

keine  
 Verstopfung                       Gedächtnisprobleme                       Myxödem  
 Erschöpfbarkeit                       Gewichtszunahme                       Konzentrationstörungen  
 Kälteempfindlichkeit                       Herzbeschwerden                       intellektuelle oder motorische Störungen

häufige stationäre Behandlungen

stabilisiert unter medikamentöser Therapie      Welche Medikamente? \_\_\_\_\_

ausgeheilt seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)**

bestehend, jedoch ohne Beschwerden

bestehend mit Symptomen                      Welche? \_\_\_\_\_

**Basedow Krankheit (Morbus Basedow)**

**Unterentwicklung der Schilddrüse (Aplasie/Hypoplasie)**

**Kropf (Struma)**

bestehend - Abklärung ohne Feststellung von Knoten oder Verdacht auf Bösartigkeit (Malignität)

keine Symptome wie Husten, Heiserkeit oder Luftnot  
 die Schilddrüsenvergrößerung ist tastbar, jedoch nicht sichtbar  
 die Schilddrüsenvergrößerung ist sichtbar - Halsumfang am höchsten Punkt: \_\_\_\_\_ cm  
 die Schilddrüsenvergrößerung ist extrem und eine körperliche Behinderung

bestehend - Feststellung

eines kalten Knotens                       eines warmen Knotens                       eines heißen Knotens  
 einer Riedel-Struma                       schnelles Wachstum                       Untersuchungen noch nicht abgeschlossen

**Thyreoiditis: (SD-Entzündung)**                       akut seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)                       chronisch seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Hashimoto-Thyreoiditis:**                       akut seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)                       chronisch seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**tumoröse Veränderungen in der Schilddrüse**

Krebs                       Adenom                       autonomes Adenom                       multiple endokrine Neoplasie                       Fibrosarkom  
 Karzinom:                       papillär                       follikulär                       medullär                       anaplastisch/kleinzellig

Sonstige \_\_\_\_\_

Ergebnis der Histologie und TNM-Einstufung (Wenn möglich mit einreichen)? \_\_\_\_\_

**Erkrankungs-Zeitraum**

In welchem Rhythmus tritt/trat die Schilddrüsenerkrankung bislang auf?

einmalig                      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

wiederholt                      wie oft? \_\_\_\_\_ mal                      wie lange durchschnittlich? \_\_\_\_\_

wann erstmalig? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)                      wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

dauernd                      wann erstmalig? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)                      wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

## Zusatzklärung Schilddrüse

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

Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
(bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Seite 2 von 3

### Unter- Suchungen

Welche Untersuchungen wurden in den letzten 5 Jahren durchgeführt?

Labor (letztes Ergebnis) \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

T3 \_\_\_\_\_ ng/dl oder \_\_\_\_\_ nmol/l

Gesamt T4 \_\_\_\_\_ ug/dl oder \_\_\_\_\_ nmol/l

fT4 \_\_\_\_\_ ng/dl oder \_\_\_\_\_ pmol/l

TSH \_\_\_\_\_ mU/l

LATS \_\_\_\_\_

Sonographie/Ultraschall \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

Szinti-/Angiographie \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

Computertomographie \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

Feinnadelbiopsie \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis Gewebeprobe  gutartig  bösartig

Radiojodtest \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

Augenuntersuchung \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

EKG \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

Sonstige Untersuchungen \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

Bei krankhaften Befunden: bei welchem Arzt können die Befunde/Histologien angefordert werden (Bei Mehrfachnennungen bitte zuordnen)?

### Behandlung

Die Symptome haben sich  verbessert  sind gleich geblieben  verschlechtert

Welche Folgen/Beschwerdesymptome bestehen derzeit? \_\_\_\_\_  keine

Welcher Arzt behandelt/kontrolliert Sie derzeit? \_\_\_\_\_

Wie wird/wurde die Erkrankung/die Beschwerden der Schilddrüse behandelt?

**keine Behandlung** erfolgt/erforderlich

**mit Medikamenten** (bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben) \_\_\_\_\_

Die Einnahme erfolgt(e)  derzeit noch immer seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  regelmäßig  nur bei Bedarf

nicht mehr seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Radiojodtherapie**, wann? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) Ergebnis \_\_\_\_\_

**Operation** (in den letzten 10 Jahren) ist erfolgt, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Welche? \_\_\_\_\_

Der Gewebefund (Histologie) war  gutartig  bösartig (Bitte Kopie der Histologie mitschicken)

Die TNM-Einstufung lautete: \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? \_\_\_\_\_

# Zusatzklärung Schilddrüse

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 3 von 3
<input type="checkbox"/> <b>Operation geplant oder angeraten</b> , wann? _____ (Monat/Jahr) Welche? _____	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige Behandlung</b> wann? von _____ bis _____ (Monat/Jahr) Welche? _____ Bei welchem Arzt können die entsprechenden Befunde angefordert werden? _____ _____	
Waren oder sind <b>Krankenhaus-, Sanatoriums- oder Kuraufenthalte</b> erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann _____ (Monat/Jahr) in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? _____ _____	
Wurden Sie als <b>geheilt</b> aus der Behandlung entlassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann _____	
<b>Weitere Fragen an die zu versichernde Person</b>	Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, warum? _____ wie lange? _____ Wochen wie oft _____ mal wann zuletzt _____ (Monat/Jahr) Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____ Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____ Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</b> <b>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</b> <b>Bitte immer beantworten:</b> Folgen noch weitere Angaben? <input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten <input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben
<b>Unterschrift</b>	_____ Ort, Datum
<b>Belehrung</b>	Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen. <b>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?</b> Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. <b>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?</b> Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.