

Fragebogen: Schilddrüsenerkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | |
|------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Heißer Knoten | Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | Adenom |
| Kalter Knoten | Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) | Schilddrüsenvergrößerung (Struma diffusa) |
| Morbus Basedow | Schilddrüsenkrebs | Schilddrüsenentzündung (Hashimoto-/Autoimmun-Thyreoditis) |
| Kropf (Struma nodosa): | Vergrößerung tastbar aber nicht sichtbar | Vergrößerung sichtbar |
| Sonstige: | | |

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Müdigkeit | Schlafstörungen | Konzentrationsstörungen | Haarausfall |
| Gewichtsverlust | Gewichtszunahme | Sehstörungen | Frieren |
| Schweißausbrüche | Heiserkeit | Depressive Phase | Kreislaufstörungen |
| Unruhe/Nervosität | Bluthochdruck | Herzrasen | Atemnot |
| Verdauungsstörungen | Menstruationsstörungen | Hauttrockenheit | Hervortreten der Augäpfel |
| Schluckbeschwerden Sonstige: | | | |

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)? andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

4. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Medikamente: In welcher Dosierung? täglich bedarfsweise

von: bis:

Strahlentherapie Radiojodtherapie

Andere Therapien:

von: bis: mit Erfolg ohne Erfolg

5. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: <input style="width: 60px;" type="text"/> bis: <input style="width: 60px;" type="text"/>	Behandlungszeitraum von: <input style="width: 60px;" type="text"/> bis: <input style="width: 60px;" type="text"/>

6. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankungen durchgeführt bzw. sind geplant?

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| Szintigraphie | Ultraschall |
| Biopsie | Punktion |
| Sonstige: | |
| Wann in welchen Abständen ? | |
| Mit welchem Ergebnis? | |
- (Bitte Befund/Histologie beifügen)



Fragebogen: Schilddrüsenerkrankungen

B

7. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Gewebe entfernt?

Ja | welches?

Nein

Ergebnis des Gewebefundes?

gutartig

bösartig | TNM - Einstufung

(Bei Bösartigkeit bitte Befund/Histologie und letzten Nachsorgebefund beifügen)

8. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

9. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Stimm- oder Schluckstörungen, Augenveränderungen)?

Ja | welche?

Nein

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienfähig gewesen?

Ja | von: bis:

Ja | von: bis:

Nein

11. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

12. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person