KlinikRente

Service-Center
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Schilddrüse

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Erkrankung wurde festgestellt?

- ☐ Kropf/Struma (Schilddrüsenvergrößerung)
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- ☐ Schilddrüsenentzündung (Hashimoto-Erkrankung, Thyreoiditis)
- ☐ Krebs
- ☐ Kalter Knoten
- ☐ Heißer Knoten
- ☐ Schilddrüsenzysten
- ☐ Morbus Basedow
- ☐ andere _____

2. Haben Sie Beschwerden, welche auf die Schilddrüsenstörung zurückgeführt werden?
(z. B. Nervosität, Pulsbeschleunigung, Atemnot, Schluckbeschwerden, Schweißausbrüche, Gereiztheit, Müdigkeit, Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, Gewichtsschwankungen, Schmerzen, Heiserkeit, Kurzatmigkeit, Kälteempfindlichkeit, Myxödem, Herzinsuffizienz, trockenes Haar, trockene Haut, endokrine Orbitopathie)

☐ ja, welche _____
Zeitraum _____

☐ nein

3. Wurde eine Operation oder Strahlentherapie durchgeführt oder ist eine solche geplant oder angeraten? Ist noch eine Untersuchung ausstehend?

☐ ja, nähere Angaben _____
Zeitraum _____

☐ nein

4. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

☐ ja, welche _____
Zeitraum _____

☐ nein

5. Welchen Arzt nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

_____
_____
_____

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

FRAGEBOGEN Schilddrüse
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhafte Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum	Unterschrift Versicherte Person Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter