

Selbstauskunft: Schilddrüsenerkrankung

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

| | |
|-----------------------------------|------------|
| Versicherte Person | Geb.-Datum |
| Weiterleitung an Gesellschaft(en) | |

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- Unterfunktion Überfunktion Struma diffusa Struma nodosa Adenom
 Formveränderung heißer Knoten kalter Knoten Morbus Basedow
 Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoiditis, Hashimoto)
 Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden treten auf?

- Haarausfall übermäßiges Schwitzen Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe, Nervösität
 Herzrasen Atemnot Schluckbeschwerden
 Magen-, Darmerkrankungen Gewichtsveränderung
 Sonstiges: _____

3. Besteht eine Schilddrüsenvergrößerung?

- Ja | nähere Angaben: _____
 Nein

4. Hat sich die Schilddrüse in den letzten 3 Jahren vergrößert?

- Ja | nähere Angaben: _____
 Nein

5. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

- Medikation

| | |
|------|-----------|
| Name | Dosierung |
|------|-----------|

| | |
|---------------|---|
| Einnahme seit | <input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft |
|---------------|---|

- Untersuchungen

| | |
|--------|----------|
| welche | Ergebnis |
|--------|----------|

- Sonstiges: _____

Selbstauskunft: Schilddrüsenerkrankung

B

5. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
- Nein

6. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
- Nein

7. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

8. Besteht Behandlungsfreiheit? (Medikamenteneinnahme hier nicht berücksichtigt)

- Ja | seit: _____ Nein

9. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift