

Fragebogen: 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?

<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/> Struma diffusa	<input type="checkbox"/> Struma nodosa	<input type="checkbox"/> Adenom
<input type="checkbox"/> Formveränderung	<input type="checkbox"/> heißer Knoten	<input type="checkbox"/> kalter Knoten	<input type="checkbox"/> Morbus Basedow	
<input type="checkbox"/> Entzündung des Schilddrüsengewebes (Autoimmun-Thyreoiditis, Hashimoto)				
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				

2. Welche Beschwerden treten auf?

<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> übermäßiges Schwitzen	<input type="checkbox"/> Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe, Nervösität
<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/> Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

3. Besteht eine Verdickung am Hals?

Ja | nähere Angaben: _____

Nein

4. 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: _____



Fragebogen: 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