

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Erkrankungen der Schilddrüse

Beschreibung der Erkrankung

Ist Ihre Schilddrüse vergrößert? ja nein

Falls ja: Seit wann leiden Sie an dieser Schilddrüsen-Erkrankung? ____ / ____ MM/JJJJ

Wurden bei Ihnen Knoten an der Schilddrüse festgestellt? ja nein

Falls ja: kalte Knoten heiße Knoten unbekannt

Seit wann leiden Sie an dieser Schilddrüsen-Erkrankung? ____ / ____ MM/JJJJ

Liegt bei Ihnen eine Unterfunktion der Schilddrüse vor? ja nein

Falls ja: Wurde bei Ihnen die Schilddrüsenunterfunktion bzw. Hypothyreose anhand einer Blutuntersuchung festgestellt? ja nein

Welche Ursache wurde Ihnen von Ihrem behandelnden Arzt mitgeteilt?

Hashimoto - Thyreoiditis Struma Karzinom

unbekannt

sonstige Ursache: _____

Seit wann leiden Sie an dieser Schilddrüsen-Erkrankung? ____ / ____ MM/JJJJ

Liegt bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse vor? ja nein

Falls ja: Seit wann leiden Sie an dieser Schilddrüsen-Erkrankung? ____ / ____ MM/JJJJ

Bitte eine Kopie der Untersuchungsergebnisse / Arztberichte beilegen.

Welche Symptome treten bei Ihnen auf / sind bei Ihnen bereits aufgetreten?

- keine Müdigkeit Erschöpfungszustände
 Konzentrationsstörungen Gedächtnisprobleme Gewichtszunahme
 Atemnot Heiserkeit trockene Haut
 andere Symptome: _____

Bestehen die genannten Symptome noch? ja nein

Falls ja: Welche? _____

Behandlung der Erkrankung

Haben Sie sich Kontrolluntersuchungen wegen Schilddrüsenerkrankungen unterzogen? ja nein

Falls ja: Werden Ihre Schilddrüsenwerte mindestens einmal pro Jahr durch Ihren Arzt untersucht? ja nein

Wann war Ihre letzte Kontrolluntersuchung? ____ / ____ MM/JJJJ

Welches Ergebnis wurde Ihnen mitgeteilt? _____

Liegen Ihnen aktuelle Laborbefunde Ihrer Schilddrüsenwerte (nicht älter als 12 Monate) vor? ja nein

Falls ja: Bitte Kopien der aktuellen Laborbefunde beilegen.

Liegen Ihnen fachärztliche Befundberichte wegen Schilddrüsenerkrankungen vor? ja nein

Falls ja: Bitte Kopien der fachärztlichen Befunde beilegen.

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Erkrankungen der Schilddrüse ein? ja nein

Falls ja:

Welche?	Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	eingenommen	
					seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____	____/____

PESVA01692

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Erkrankungen der Schilddrüse

Wurde eine Strahlentherapie (z.B. Radiojodtherapie) durchgeführt? ja nein

Falls ja: Wann? von ____/____ MM/JJJJ bis ____/____ MM/JJJJ andauernd

Mit welchem Ergebnis? _____

Welche (weitere) Behandlung wird oder wurde durchgeführt? keine

Operationen

Wurde Ihre Schilddrüse punktiert oder wurden Sie an Ihrer Schilddrüse in den letzten 10 Jahren operiert? ja nein

Falls ja: operiert punktiert

Wann? ____/____ MM/JJJJ

Wie lautet das Ergebnis der Gewebeentnahme (Biopsie)?

gutartig bösartig nicht bekannt

Welche Folgen oder Beschwerden bestehen noch? keine

Ist eine (weitere) Operation der Schilddrüse ärztlicherseits angeraten oder vorgesehen? ja nein

Falls ja: Ist eine operative (Teil-) Entfernung der Schilddrüse geplant? ja nein

Falls ja: Wann? ____/____ MM/JJJJ

behandelnde Ärzte

Werden oder wurden (weitere) Ärzte wegen einer Schilddrüsenerkrankung in Anspruch genommen? ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

