

Fragebogen Schilddrüse

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

**1. An welcher/n Erkrankung(en) oder Funktionsstörungen der Schilddrüse leiden oder litten Sie?
(z. B. Über-/Unterfunktion, Entzündung, Struma/Kropf/Drüenschwellung, Tumor gut-/bösaartig)**

Bezeichnung:

Wann? Seit wann? (Monat/Jahr)

2. Wie wird die Schilddrüsenerkrankung bzw. Funktionsstörung behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Präparatename(n)

Radiojodtherapie

Zeitraum:

Ergebnis?

Operation durchgeführt

Wann?

(Monat/Jahr)

Name/Anschrift des Krankenhaus:

Operation angeden

Name/Anschrift des behandelnden Arztes:



3. Welche Untersuchung(en) wurde(n) zuletzt bei Ihnen durchgeführt?

Keine

Bestimmung der Schilddrüsenhormone

Wann? (Monat/Jahr)

Ergebnis

Sonographie/Ultraschall

Wann? (Monat/Jahr)

Ergebnis

Szintigraphie/Röntgen/Computertomographie

Feingewebliche Untersuchung (Bösartigkeit?)

Wann? (Monat/Jahr)

Ergebnis

Augenuntersuchung

Wann? (Monat/Jahr)

Ergebnis

Sonstige Untersuchung

Welche?

Wann? (Monat/Jahr)

Ergebnis

4. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: (Monat/Jahr)

Ja, Folgen/Beschwerden (bitte nähere Angaben):

5. Waren Sie in den letzten 3 Jahren wegen Ihrer Schilddrüsenerkrankung länger als 3 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.

Alle Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.hannoversche.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover