

# Zusätzliche Erklärung: Schilddrüsenerkrankungen



Sie können diesen Fragebogen direkt schicken an  
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München  
oder faxen an 089 4124-9525.

## Antragsteller

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

## Zu versichernde Person

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

Antrags-/Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet** (z.B. bösartiger Tumor der Schilddrüse, Hashimoto-Thyreoiditis, kalter oder heißer Knoten, Kropf, Morbus Basedow, Struma, Über- /Unterfunktion der Schilddrüse)?

**Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?**

**Welche Beschwerden/Symptome lagen bzw. liegen vor** (z.B. Atemnot, Gewichtsveränderung, Heiserkeit, Müdigkeit, Schweißausbrüche, Sehstörung)?

**Wann trat/traten die Erkrankung/Beschwerden erst- und wann letztmalig auf?**

**Ist die Schilddrüse vergrößert?**  ja  nein

**Hat die Größe in den letzten Jahren zugenommen?**  ja  nein

**Hat die Größe in den letzten Jahren abgenommen?**  ja  nein

**Sind Knoten/Zysten vorhanden?**  ja  nein

• Wenn ja, welcher Art (z.B. kalter/heißer Knoten, Zysten)?

**Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?**

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Bestrahlung, Knotenentfernung, Laboruntersuchung, Radiojodtherapie, Teil- oder Kompletentfernung der Schilddrüse; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

• Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)?

**Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung** (bitte alle Behandlungszeiträume angeben)?

**Bestehen noch Beschwerden/Folgen?**  ja  nein

• Wenn ja, welche?

**Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant** (z.B. ambulante, stationäre und/oder medikamentöse Behandlungen)?

**Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben** (Name, Adresse)?

**Zu versichernde Person**

---

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

---

**Antrags-/Versicherungsnummer** \_\_\_\_\_**Erklärung**

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

**Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_