



Selbstauskunft Schilddrüsenerkrankungen

Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	

Behandelt wegen

1. Wie lautet die ärztliche Diagnose?	<input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Haschimoto <input type="checkbox"/> Adenom <input type="checkbox"/> Morbus Basedow <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Ob bzw. 1a <input type="checkbox"/> I bzw. 1 b <input type="checkbox"/> II bzw. 2 <input type="checkbox"/> III bzw. 3
2. Welche Beschwerden bestehen?		
3. Seit wann besteht die genannte Erkrankung?		
4. Wann waren Sie deswegen in Behandlung?	von _____ bis _____ von _____ bis _____ von _____ bis _____	
5. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?	Name	
	Dosierung	
	Zeitraum/Dauer der Einnahme	
6. Liegen die Schilddrüsenwerte im Normalbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Normwerte der Schilddrüse beim gesunden Erwachsenen: TSH-basal 0,27 - 4,20 uIU/ml T3 frei 3,40 - 7,20 pmol/l T3 gesamt 0,52 - 2,05 ug/l T4 frei 0,73 - 1,95 ng/dl T4 gesamt 43,00 - 111,00 ng/ml
7. Besteht eine Knotenbildung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, kalter Knoten (Biopsiebefund ist beigefügt) <input type="checkbox"/> ja, warmer Knoten	
8. Wurde eine Radiojodtherapie durchgeführt oder ist eine solche angeraten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durchgeführt <input type="checkbox"/> ja, angeraten	
9. Ist der Kropf/die Struma in den letzten Jahren gewachsen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
10. Fand eine Schilddrüsenresektion (Schilddrüsenentfernung) statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Nachsorgebefund ist beigefügt	
11. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
12. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt? (Bitte Namen, Anschrift angeben und Befund-/Krankenhausentlassungsberichte beifügen)		

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)