

**Teil 1
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) | <input type="checkbox"/> Basedow-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten |
| <input type="checkbox"/> Struma | <input type="checkbox"/> Kropf |

Seit wann leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung (Monat/Jahr)?

Wurde eine Operation durchgeführt? Wenn ja, wie war das Ergebnis?

- bösartig (dann bitte den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)
 gutartig keine Operation durchgeführt nicht bekannt

An welchen Beschwerden leiden Sie?

- Atemnot Gewichtszunahme Heiserkeit keine Beschwerden

andere Beschwerden, und zwar _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Jod z. B. Jodid, Jodetten
 Schilddrüsenhormontabletten, z. B. L-Thyroxin, Euthyrox keine Medikamente

andere Medikamente, und zwar _____

**Teil 2
Krankheiten**

Bestehen oder bestanden bei Ihnen **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebennieren |
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der Harnsäure | <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> M. Addison |
| <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Akromegalie |
| <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) |
| <input type="checkbox"/> angeborene Stoffwechselkrankheit
(z. B. Leber, Muskel, Niere) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen von Schilddrüse, Nebennieren usw.
(dann bitte den Fragebogen Tumore /Blutkrankheiten ausfüllen) |
- andere hier nicht genannte Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Drüsen, und zwar _____

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten.**

Genauere medizinische Diagnose _____

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden
und welcher Art?

Genauere medizinische Diagnose _____

Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)

Wie oft bestanden seitdem die Beschwerden
und welcher Art?

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.

**Diabetes/
Zuckerkrankheit**

- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit Insulinbehandlung von Beginn an (seit der Kindheit/Jugend) vor (Typ 1 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine Zuckerkrankheit mit schleichendem Beginn (in der Regel im Erwachsenenalter) vor (Typ 2 Diabetes)?
- Liegt bei Ihnen eine andere Diabetesform vor? Welche?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) der erstmaligen Diabetesfeststellung

Ist bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen der Diabetes aufgetreten?

- Augenhintergrundveränderungen
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen im Gehirn, im Herz, in den Beinen
- Empfindungsstörungen im Bereich der Beine (Sensibilitätsstörungen)
- Fettstoffwechselstörungen
- Unterzuckerung (Schock)
- Überzuckerung (Koma)
- nicht normaler Urinbefund (Eiweiß im Urin)
- andere Erkrankungen im Zusammenhang mit der Diabetes, welche?

Genauere medizinische Diagnose oder medizinischer Befund

Datum

Bei wem ärztlich behandelt? Wo? (Name/Anschrift)

Führen Sie eine Selbstkontrolle durch? nein ja, und zwar (Fotokopien ggf. beifügen)

**Harnsäureerhöhung
oder Gicht**

- Liegt bei Ihnen eine Gicht vor?
- Liegt bei Ihnen nur eine Erhöhung der Harnsäure im Blut vor (Hyperurikämie)?

Wann war das letztmalige Auftreten eines Gichtanfalls? Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Wie oft treten Gichtanfälle im Lauf eines Jahres auf?

Welche Gelenke waren bei Ihnen von Gichtanfällen betroffen?

**Blutdruck- und
Laborwerte**

Welche **Blutdruckwerte** wurden zuletzt bei Ihnen gemessen?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

____|____|____|____|

____|____|____|____|

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

____|____|____|____|

____|____|____|____|

Sind Ihnen Veränderungen der Blut- oder Laborwerte bekannt? nein ja, und zwar
(Fotokopien ggf. beifügen)

Art des Wertes

Wert

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Cholesterin
(auch HDL/LDL)

Triglyzeride (Neutralfette)

Harnsäure

Blutzucker, nüchtern

HbA1c

Urinbefund/Mikroalbuminurie

Sind Ihnen weitere **Blut- oder Laborwerte** bekannt? (auch Werte für Viren usw.) nein ja, und zwar
(**Fotokopien ggf. beifügen**)

Art des Wertes	Wert	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Untersuchungen/Behandlungen

Wann und wo erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1. Blutuntersuchung | 4. Ultraschalluntersuchung | 7. Kernspin (MRT) |
| 2. elektrokardiographische Untersuchung | 4.1 von Blutgefäßen | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung (Szintigraphie) |
| 2.1 Ruhe-EKG | 4.2 des Herzens | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 2.2 Belastungs-EKG | 4.3 der Bauchorgane | 10. Operation |
| 2.3 Langzeit-EKG | 5. Röntgenuntersuchungen | |
| 3. Langzeitblutdruckmessung | 6. Computertomographie (CT) | |

Andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer	Befund/Maßnahme
_____	_____
_____	_____

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____
_____	_____

Ziffer	Befund/Maßnahme
_____	_____
_____	_____

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Bei wem? Wo? (Name und Anschrift)
_____	_____
_____	_____

Sofern **Untersuchungen/Behandlungen** geplant sind

Ziffer	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Unter welchen Umständen soll die Untersuchung oder Behandlung erfolgen?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medikamente

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Name des Medikaments _____

Ständige Einnahme, seit Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)	Dosis	Zeitweilige Einnahme Zeitraum	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Arbeitsunfähigkeiten

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose _____ Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

NotarztbehandlungErfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein ja, Datum _____ Grund _____**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren****Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.**Diagnose** _____Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)**Diagnose** _____Datum
(ggf. ungefährender Zeitpunkt)**Bei wem? Wo?** (Name und Anschrift)**Zusatzinformationen**Haben Sie zusätzliche Informationen beigefügt? nein ja**Schlusserklärung und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diesen Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**_____
Ort, Datum**X****Unterschrift der versicherten Person** (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)