

Swiss Life AG  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Schilddrüse

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
 Versicherte Person \_\_\_\_\_

### 1. Welche Erkrankung wurde festgestellt?

- Kropf/Struma (Schilddrüsenvergrößerung)
- Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- Schilddrüsenentzündung (Hashimoto-Erkrankung, Thyreoiditis)
- Krebs
- Kalter Knoten
- Heißer Knoten
- andere \_\_\_\_\_

### 2. Haben Sie Beschwerden, welche auf die Schilddrüsenstörung zurückgeführt werden?

(z. B. Nervosität, Pulsbeschleunigung, Atemnot, Schluckbeschwerden, Schweißausbrüche, Geiztheit, Müdigkeit, Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, Gewichtsschwankungen, Schmerzen, Heiserkeit, Kurzatmigkeit, Kälteempfindlichkeit, Myxödem, Herzinsuffizienz, trockenes Haar, trockene Haut)

- ja, welche \_\_\_\_\_  
 Zeitraum \_\_\_\_\_
- nein

### 3. Wurde eine Operation oder Strahlentherapie durchgeführt oder ist eine solche geplant oder angedacht? Ist noch eine Untersuchung ausstehend?

- ja, nähere Angaben \_\_\_\_\_  
 Zeitraum \_\_\_\_\_
- nein

### 4. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- ja, welche \_\_\_\_\_  
 Zeitraum \_\_\_\_\_
- nein

### 5. Welchen Arzt nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?

(Name und vollständige Adresse)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.**

**FRAGEBOGEN Schilddrüse**

**Versicherung Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** \_\_\_\_\_

**Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person  
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter