

Name Patient: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____



Fragenbogen zur Schilddrüsendiagnostik – Bitte beide Spalten beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. angeben)

Haben Sie Beschwerden im Halsbereich? Ja Nein
Welche (z.B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)?

Haben Sie eine vergrößerte oder knotig veränderte Schilddrüse? Ja Nein

Bekannt seit? _____

Liegen bei Familienmitgliedern Schilddrüsenerkrankungen vor? Ja Nein

Welche? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? Ja Nein

Wann zum ersten Mal? _____ Wo? _____

Wann zuletzt? _____ Wo? _____

Diagnose? _____

Behandlung durch Operation Ja Nein
mit Radiojod Ja Nein
mit Medikamenten? Ja Nein

Präparate

_____ Dosis _____ von _____ bis _____
_____ Dosis _____ von _____ bis _____

Bitte geben Sie an, ob Sie an folgenden Beschwerden leiden und seit wann

Haben Sie an Körpergewicht abgenommen? Ja Nein

Wieviel kg? _____ Zeitraum? _____

Neigen Sie ständig zu Schwitzen? Ja Nein

Sind sie eher wärmeempfindlich? Ja Nein

Sind Sie in der letzten Zeit unruhiger geworden? Ja Nein

Haben Sie gelegentlich auftretendes Herzjagen? Ja Nein

Besteht in der letzten Zeit ein vermehrter Stuhlgang? Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie wegen der Schilddrüse ein?

Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz verwendet? Ja Nein

Haben Sie an Körpergewicht zugenommen? Ja Nein

Wieviel kg? _____ Zeitraum? _____

Frieren Sie leicht an Händen und Füßen? Ja Nein

Ist ihre Haut trockener geworden? Ja Nein

Sind Sie in den letzten Monaten träger/müder/langsamer geworden? Ja Nein

Leiden Sie zunehmend unter Verstopfung? Ja Nein

Für Frauen: Nehmen Sie die Pille oder andere weibliche Hormone (Östrogene)? Ja Nein

Präparat _____

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Vorangegangene Untersuchungen und derzeitige Medikamente

Haben Sie in den letzten Monaten bei einer Röntgen-Untersuchung / CT Kontrastmittel erhalten? Ja Nein

Wann? _____

Welche Untersuchung? _____

Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (Untersuchung mit radioaktiven Substanzen)? Ja Nein

Welche? _____

Wurde früher einmal eine Strahlentherapie durchgeführt? Ja Nein

Grund? _____

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie z.Zt. einnehmen:
