


Patientenname  Vorname <span style="float: right;">geb</span>	 <b>RADIOLOGISCHE PRAXIS HOFBAUER DANZ FISCHER</b>
---	--

## Fragebogen zur Schilddrüsendiagnostik

*Bitte beide Spalten beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. angeben)*

Haben Sie Beschwerden im Halsbereich? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Welche (z.B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit) ? _____ _____	Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Wann zum ersten Mal? _____ Wo? _____ Wann zuletzt? _____ Wo? _____  Diagnose? _____
Haben Sie eine vergrößerte oder knotig veränderte Schilddrüse? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Bekannt seit? _____	Behandlung durch Operation Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann? Wo? mit Radiojod Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann? Wo? mit Medikamenten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann?
Liegen bei Familienmitgliedern Schilddrüsenerkrankungen vor? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Welche? _____ _____	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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zeitraum _____ Wieviel kg? _____	Haben Sie an Körpergewicht zugenommen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zeitraum _____ Wieviel kg? _____
Neigen Sie ständig zu Schwitzen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sind sie eher wärmeempfindlich? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Frieren Sie leicht an Händen und Füßen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist ihre Haut trockener geworden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie in der letzten Zeit unruhiger geworden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Haben Sie gelegentlich auftretendes Herzjagen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie in den letzten Monaten träger/müder/langsamer geworden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besteht in der letzten Zeit ein vermehrter Stuhlgang? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie zunehmend unter Verstopfung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie wegen der Schilddrüse ein? _____ _____ Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz verwendet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Für Frauen Nehmen Sie die Pille oder andere weibliche Hormone (Östrogene)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Präparat: _____ Besteht eine Schwangerschaft? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Monaten bei einer Rö-Untersuchung/CT Kontrastmittel erhalten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann? _____ Welche Untersuchung? _____	
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (Untersuchung mit radioaktiven Substanzen) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Welche? _____	
Wurde früher einmal eine Strahlentherapie durchgeführt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Grund: _____	
Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie z. Zt. einnehmen: _____ _____	