

Fragebogen zur Schilddrüsendiagnostik

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

Patientenname: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Haben Sie Beschwerden im Halsbereich?
Welche (Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit?) ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? ja nein

Wann zum ersten Mal? _____
wo? _____

Wann zuletzt? _____
wo? _____

Haben Sie eine vergrößerte oder knotige Schilddrüse?
Bekannt seit: _____ ja nein

Behandlung
durch OP: ja nein Wann? _____
mit Radiojod: ja nein Wann? _____
mit Medikamenten: ja nein Wann? _____

Ist bei einem Familienmitglied eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?
Welche? _____ ja nein

Präparate:
_____ Dosis: _____ von _____ bis _____
_____ Dosis: _____ von _____ bis _____
_____ Dosis: _____ von _____ bis _____

Wenn Sie an folgenden Beschwerden leiden, geben Sie bitte an, seit wann das der Fall ist (seit Wochen, Monaten, Jahren, schon immer?)

Haben Sie an Körpergewicht abgenommen? Zeitraum: _____
 ja nein
Um wieviel Kg? _____

Neigen Sie ständig zu Schwitzen? ja nein

Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten innerlich unruhiger geworden? ja nein

Haben Sie gelegentlich auftretendes Herzjagen? ja nein

Sind Sie eher wärmeempfindlich? ja nein

Besteht in letzter Zeit ein vermehrter Stuhlgang? ja nein

Haben Sie Beschwerden an den Augen? (z.B. Augentränen, geschwollene Lider, verschwommenes Sehen, Doppelbilder, hervortretende Augen, Augenjucken, Sonstiges?) ja nein

Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz verwendet? ja nein

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie z.Zt. einnehmen (einschl. Dosis)

Haben Sie an Körpergewicht zugenommen? ja nein Zeitraum: _____
Um wieviel KG? _____

Ist in den letzten Monaten Ihre Haut trockener geworden? ja nein

Sind Sie in den letzten Monaten zunehmend träger geworden? ja nein

Sind Sie müder, langsamer geworden? ja nein

Frieren Sie leicht an Händen und Füßen? ja nein

Leiden Sie zunehmend unter Verstopfung? ja nein

Für Frauen:
Nehmen Sie die Pille oder andere weibl. Hormone (Östrogene)?
Präparat: _____
Datum der letzten Regelblutung: _____

Besteht eine Schwangerschaft: ja nein unbekannt

Geben Sie weitere Beschwerden an, an denen Sie leiden:

Vorangegangene Röntgenuntersuchungen (wann, welche): _____

Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen mit radioaktiven Substanzen: _____

Wurde früher eine Strahlentherapie durchgeführt? ja nein Grund: _____

Frühere Behandlung mit radioaktiven Substanzen: _____