

Fragebogen zur Schilddrüsen-Diagnostik

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Größe:		Gewicht:	
Hausarzt:			

Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Haben Sie Beschwerden im Halsbereich (z.B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)?	Ja	Nein
Wenn Ja: Welche?		
Haben Sie eine vergrößerte oder knotige Schilddrüse?	Ja	Nein
Wenn Ja: Seit wann?		
Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	Ja	Nein
Wenn Ja: Seit wann?		
Ist bei einem Familienmitglied eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?	Ja	Nein
Wenn Ja: Welche?		
Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht?	Ja	Nein
Wenn Ja: Wann?		
Wo?		
Diagnose:		
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?		
Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenoperation oder Radiojodtherapie durchgeführt?	Ja	Nein
Wenn Ja: Wann?		
Haben Sie abgenommen?	Ja	Nein

Wenn Ja: Um wie viel kg?	Zeitraum:	
Neigen Sie ständig zum Schwitzen?	Ja	Nein
Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten innerlich unruhiger geworden?	Ja	Nein
Haben Sie gelegentlich Herzjagen?	Ja	Nein
Sind Sie eher wärmeempfindlich?	Ja	Nein
Besteht in letzter Zeit vermehrter Stuhlgang?	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden an den Augen?	Ja	Nein
Haben Sie zugenommen?	Ja	Nein
Wenn ja: Um wie viel kg?	Zeitraum:	
Ist Ihre Haut trockener geworden?	Ja	Nein
Sind Sie immer müde, fehlt Ihnen der Schwung?	Ja	Nein
Frieren Sie leicht?	Ja	Nein
Leiden Sie zunehmend unter Verstopfung?	Ja	Nein

Nach der Ultraschalldiagnostik / Labordiagnostik entscheidet der Arzt, ob ein Schilddrüsenszintigramm notwendig ist.

Diese Untersuchung ist wichtig für die weitere Diagnostik Ihrer Erkrankung bzw. der Beschwerden.

Die Strahlenbelastung ist in der Regel geringer als bei einer Röntgenuntersuchung.

Es bestehen keine Nebenwirkungen nach der Injektion.

Bei einer bestehenden Schwangerschaft führen wir keine nuklearmedizinische Untersuchung durch.

Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Stillen Sie zur Zeit?	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen bereits einmal Kontrastmittel appliziert?	Ja	Nein

Für die Durchführung der Untersuchungen benötigen wir Ihr Einverständnis.

Limburg, den

.....

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)