

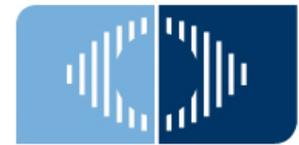
Schildrüsendiagnostik

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zur Beurteilung Ihrer Schilddrüse beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

Welche Beschwerden haben Sie jetzt?



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut
Medizinisches Versorgungszentrum

Möserstraße 50
49074 Osnabrück

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de

	Ja	Nein		Ja	Nein
Haben Sie an Körpergewicht abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie an Körpergewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung		
Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie vermehrt Haarausfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) durch Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie leicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) mit Radiojod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____		
Fühlen Sie sich nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Schilddrüsenmedikamente haben		
Bemerken Sie eine innere Unruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie bekommen?		
Hat sich die Schilddrüse in letzter Zeit vergrößert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Bestanden gleichzeitig Halsentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Welches Salz gebrauchen Sie im Haushalt?			von _____ bis _____		
(genaue Markenbezeichnung) _____			Wieviel Tabletten pro Tag? _____		
_____			Nehmen Sie zur Zeit wegen anderer Beschwer-		
Welche der folgenden Beschwerden haben Sie?			den Medikamente ein? (Auch Anti-Baby-Pille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals; <input type="checkbox"/> Enge; <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden?			Wenn ja, welche? _____		
Schmerzen in der Schilddrüsengegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Heiserkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Sind Ihre Augen in letzter Zeit stärker			Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hervorgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Hepatitis, HIV, andere)		
Gibt oder gab es in Ihrer Verwandtschaft			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon einmal			letzte Röntgen Untersuchung _____		
eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, wann? _____					

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

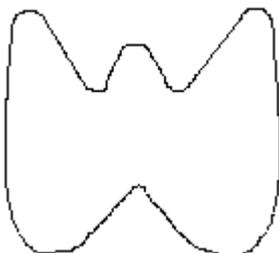
Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie andere Leistungserbringer. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Datum, Unterschrift des Patienten

Vom Arzt auszufüllen:

T3 T4 TSH A TSH B MAK TRAK



1. T3, T4, TSH
2. TG + Wiederfindung
3. SD-Antikörper
4. FNP
5. Szintigraphie
6. Sonographie
7. Rö.-Trachea/Oesophagus

gescannt _____