

# Schildrüsendiagnostik

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht(kg): \_\_\_\_\_ Größe(cm): \_\_\_\_\_

**Zur Beurteilung Ihrer Schilddrüse beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:**

Welche Beschwerden haben Sie **jetzt**?

\_\_\_\_\_

	JA	Nein
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stillen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie leicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzklopfen oder sind nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Wochen Kontrastmittel in die Vene gespritzt bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Hals in den letzten Wochen entzündet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche der folgenden Beschwerden haben Sie:		
<input type="checkbox"/> Kloß,- oder Engegefühl im Hals		
<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden		
<input type="checkbox"/> Schmerzen am Hals		
<input type="checkbox"/> Heiserkeit		
Sind Sie am Hals schon einmal bestrahlt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie hervortretende Augen bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt oder gab es in Ihrer Verwandtschaft Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon mal eine Erkrankung der Schilddrüse festgestellt?		
Wenn ja, welche und wann: _____		

	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung behandelt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) durch Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) mit Radiojodtherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann: _____		
Wo: _____		
Wieso: _____		
Nehmen Sie <b>Schilddrüsenmedikamente</b> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? Dosierung? _____		
Wie viele Tabletten pro Tag? _____		
Nehmen Sie andere Medikamente zum Beispiel auch Anti-Baby-Pille o. Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
_____		
_____		
Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum der letzten Röntgen Untersuchung: _____		

**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 der Patientin/des Patienten**

Vom Arzt auszufüllen:

VU:	TSH	ft3	ft4	MAK	TRAK
	1. T3, T4, TSH				
	2. SD-Antikörper				
	3. Sonographie				
	4. Szintigraphie				
	5. FNP				
	6. TG + Wiederfindung				

gescannt \_\_\_\_\_



**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