

Schilddrüsenanamnese

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Grund der Untersuchung: _____ _____	
Aktuelle(s) Schilddrüsenmedikament(e): _____	
Sonst (regelmäßig eingenommene) Medikamente: _____ _____	
Andere Erkrankungen: _____ _____	
Gewicht: ____ kg Größe: ____ cm	
Frauen (im gebärfähigen Alter): Sind sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher	
Datum der letzten Periode: _____ Stillen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unterschrift Patient / Eltern / Betreuer: _____	
Wenn sie heute zum ersten Mal zu uns zur Schilddrüsenuntersuchung kommen, aber Ihre Schilddrüse schon einmal untersucht wurde- wann und wo zuletzt? _____	
Wurde Ihre Schilddrüse bereits behandelt?	
Mit Medikamenten:	Zeitraum _____ welche _____
Mit Radioiod:	wann _____ wo _____
Mit Operation:	wann _____ wo _____
Gibt es in Ihrer Familie Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche? _____	

Vom Arzt auszufüllen:

Gesamteindruck: hyper / eu / hypo HF _____ rhyth./arrhyth. **Tremor** _____ **Haut** _____

Endokrine Orbitopathie: _____ **Struma:** _____ nod./ diff.

Weitere Notizen:

fT3, fT4, TSH TPO-AK TRAK TG + WF

ICD 10: _____ Sonstiges: _____

Szintigraphie

Indikation geprüft: _____

Injektionszeit, -ort: _____

Pat. kann gehen (Bild mitgeben)

Abschlussgespräch