

Untersuchungsdatum: _____

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen:

Patientin/Patient:

Name: _____


Vorname: _____

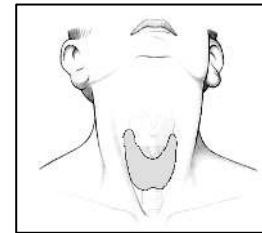
Geburtsdatum: |_____| |_____| |_____| (TT/MM/JJJJ)

GRUND DER UNTERSUCHUNG:

- Zufallsbefund einer Schilddrüsenvergrößerung, keine Beschwerden
- Zufallsbefund eines auffälligen Laborwertes, keine Beschwerden
- Verlaufskontrolle bei einer bekannten Schilddrüsenveränderung
- Zuweisung durch andern Arzt oder ein Zentrum:
Zentrum/Frau/Herrn Dr. _____
- Wegen Beschwerden

BEI BESCHWERDEN BITTE AUSFÜLLEN BZW. ANKREUZEN:

- am Hals: wo? (bitte anzeichnen)  seit wann? _____



- Druck- oder Kloßgefühl
- Schmerzen oder Schwellung am Hals

- allgemeine Beschwerden: Allgemeinbefinden _____ (0-10; 0 sehr schlecht; 10 ausgezeichnet)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Nervosität | <input type="radio"/> Innerliche Unruhe | <input type="radio"/> Schneller Puls |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Reizbarkeit | <input type="radio"/> Schwitzen/Wärmeunverträglichkeit |
| <input type="radio"/> Durchfall | <input type="radio"/> Herzstolpern | |
| <input type="radio"/> Gewichtsabnahme (____ kg in 6 Monaten) | | |
| <input type="radio"/> Müdigkeit | <input type="radio"/> Antriebslosigkeit | <input type="radio"/> Vermehrter Haarausfall |
| <input type="radio"/> Frieren/Kalte Hände | <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> Spröde Haare |
| <input type="radio"/> Gewichtszunahme (____ kg in 6 Monaten) | | |

Andere Beschwerden: _____

ALLGEMEINE ANGABEN:

- Haben Großeltern, Eltern oder Geschwister eine Schilddrüsenerkrankung? JA NEIN ?
- Wurde Ihre Schilddrüse schon einmal behandelt? JA NEIN ?
- Wenn ja, welche Therapie? Medikamente → welche? _____
- Operation
- Radiojodtherapie
- Schwerere Vorerkrankungen? (Bsp. Diabetes; Herinfarkt; Krebs; etc.) _____
- Letzte Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse: _____ (Befund bitte vorlegen)

MEDIKAMENTE FÜR DIE SCHILDDRÜSE:

Name:	Dosis	seit?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LABORWERTE (abgenommen am _____):

TSH _____	FT3 _____
FT4 _____	TPO-AK _____
Anti-TAK _____	Kalzitinin _____

