

Patientenetikett



Überörtliche Gemeinschaft (GbR)
mvz Bielefeld | Fil. Bielefeld-Brackwede | mvz Bad Salzuflen | Gütersloh

ANAMNESEBOGEN SCHILDDRÜSENDIAGNOSTIK

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um uns eine detaillierte und umfassende Diagnose zu ermöglichen, bitten wir Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Anamnesebogen auszufüllen.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen?

- ungewollte Gewichtsabnahme
- falls ja, um wieviel kg? _____
- falls ja, in welchem Zeitraum? _____
- vermehrtes Schwitzen
- Schlafstörungen
- innere Unruhe
- schneller Puls/Herzrasen

- ungewollte Gewichtszunahme
- falls ja, um wieviel kg? _____
- falls ja, in welchem Zeitraum? _____
- häufiges Frieren
- Müdigkeit, Antriebslosigkeit
- Verstopfung
- Haarausfall
- depressive Verstimmung
- trockene Haut

- Schluckbeschwerden
- Kloßgefühl
- Druckgefühl im Hals
- Luftnot
- Halsschmerzen

- hervortretende Augen
- Doppelbilder
- Druck in den Augen
- sonstige Augenbeschwerden

Sonstige Beschwerden:

Angaben zu früheren Untersuchungen und Therapien

- Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? ja nein
falls ja, wann und wo? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenerkrankung behandelt? ja nein
falls ja, welche? _____
- | | | |
|------------------|-------|-------|
| | wann? | wo? |
| medikamentös | _____ | _____ |
| Radiojodtherapie | _____ | _____ |
| Operation | _____ | _____ |

Welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie zurzeit ein?
(z. B.: L-Thyroxin 50, Euthyrox 75, Thyranojod 100, Eferox 25, Carbimazol 5, Thiamazol 10, Propylcil 50)

Sonstige Medikamente

Hatten Sie im letzten Jahr Untersuchungen mit jodhaltigen Kontrastmitteln (Röntgen, Computertomographie)? ja nein
falls ja, wann und welche? _____

Für Frauen

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein
- Stillen Sie zurzeit? ja nein
- Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? ja nein
- Hatten Sie eine Fehlgeburt? ja nein

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift

Wird vom Arzt ausgefüllt!

