



ANAMNESEBOGEN SCHILDDRÜSENDIAGNOSTIK

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns eine detaillierte und umfassende Diagnose zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Falls Sie etwas nicht wissen oder nicht verstanden haben, so haben Sie Gelegenheit, dieses später im Arztgespräch zu klären.

Untersuchungsablauf: Bei medizinischer Notwendigkeit Durchführung einer Schilddrüsenszintigraphie. Dafür wird Ihnen ein radioaktives Salz in die Vene gespritzt. Nach 15 Min. erfolgt die Aufnahme. Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Name	Vorname	Alter

Körpergröße _____ cm	Körpergewicht _____ kg	

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja, wann und wo? _____		
Nehmen Sie zurzeit Schilddrüsenmedikamente ein?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z. B. L-Thyroxin, Euthyrox, Thyronajod, Eferox oder Carbimazol, Thiamazol, Propycil)		
falls ja, welche? _____ Dosis: _____		
Nehmen Sie zurzeit andere Medikamente oder auch Vitaminpräparate ein?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z. B. Marcumar oder Cordarex/Amiodaron)		
falls ja, welche? _____		
Haben Sie einen Medikamentenplan dabei? Wenn ja, bitte vorlegen.		
Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenoperation durchgeführt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja, wann und wo? _____		
Wurde bei Ihnen bereits eine Radiojodtherapie durchgeführt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja, wann und wo? _____		
Welche Beschwerden haben Sie? (z. B. Druckgefühl, Kloßgefühl, Gewichtszunahme, Nervosität, Müdigkeit, Herzrasen, Haarausfall usw.) _____		

Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in den letzten drei Monaten Untersuchungen mit jodhaltigen Kontrastmitteln?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z. B. Röntgen, CT, Herzkatheter-, Venen- oder Nierenuntersuchungen)		
falls ja, wann und welche? _____		

Für Frauen im gebärfähigen Alter:		
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie zurzeit?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Daten, die für die Beurteilung erforderlich sind, von mit- oder vorbehandelnden Ärzten/Krankenhäusern angefordert werden dürfen. Eine **ausführliche** Befundbesprechung sollte mit dem zuweisenden Arzt in **ca. 14 Tagen** erfolgen.

Mit der geplanten Untersuchung erkläre ich mich einverstanden

Datum

Unterschrift Patient/in

Patientenetikett

KK

Datum

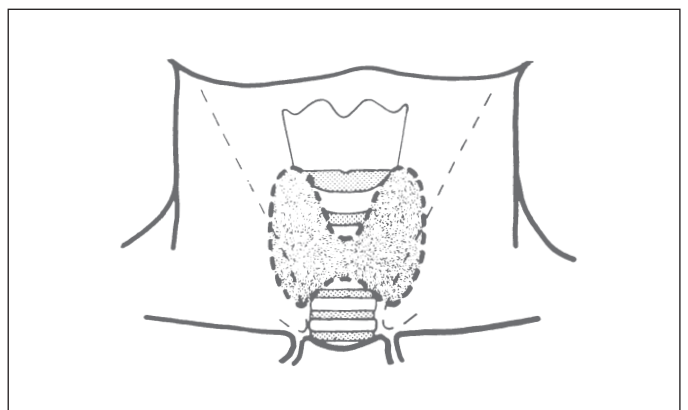
VU: lokal: FA:
 SD-Medis: Wechsel? Modus?
 Radiatio des Halses: CA: Tastbefund/Narbe:
 Puls: Schläge/min regelmäßig Tremor:
 Wärme/Kälte bevorzugt, Stuhlgang, Wasserlassen, Schwitzen, Schlafstörungen, Nervosität, Müdigkeit etc.?
 Veränderungen an Haut, Haaren, Nägeln:
 Deutliche Gewichtsveränderungen: wie viel? Zeitraum? Vegetarier/Vegan?
 Menstruation/Menopause: Fieber/Nachtschweiß: Jodsalz?
 Augenbeschwerden wie ausgeprägtes Druckgefühl, DB, Juckreiz, vermehrtes Tränen? Nikotin?

Szintigraphie: ja nein
 Spritze MBq Tc99m
 Zeit:

Notizen (vorläufige Diagnose, Anmerkungen etc.)

Laboruntersuchungen

FT3: 2,3-5,3 pg/ml
FT4: 0,7-1,9 ng/dl
TSH: 0,3-4,0 µIE/ml
TPO-AK: U/ml
TRAK: IU/l
TG-AK: IU/ml
Calcitonin: pg/ml
Thyreoglobulin: ng/ml
 = ng/ml
 Wiederfindung in %:
Parathormon: ng/l
BSG: mm



Patient fertig

Patient zu mir