

Patientenetikett



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

ANAMNESEBOGEN SCHILDRÜSENDIAGNOSTIK

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 <input type="checkbox"/> falls ja, um wieviel kg? _____ falls ja, in welchem Zeitraum? _____ vermehrtes Schwitzen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> innere Unruhe <input type="checkbox"/> schneller Puls/Herzrasen <input type="checkbox"/>	ungewollte Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> falls ja, um wieviel kg? _____ falls ja, in welchem Zeitraum? _____ häufiges Frieren <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> trockene Haut <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/> Kloßgefühl <input type="checkbox"/> Druckgefühl im Hals <input type="checkbox"/> Luftnot <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/>	hervortretende Augen <input type="checkbox"/> Doppelbilder <input type="checkbox"/> Druck in den Augen <input type="checkbox"/> sonstige Augenbeschwerden <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

Sonstige Beschwerden: _____

Angaben zu früheren Untersuchungen und Therapien

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wann und wo? _____	Welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie zurzeit ein? (z. B.: L-Thyroxin 50, Euthyrox 75, Thyranojod 100, Eferox 25, Carbimazol 5, Thiamazol 10, Propycil 50) _____
Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenerkrankung behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, welche? _____ wann? _____ wo? _____	Sonstige Medikamente _____
medikamentös _____	
Radiojodtherapie _____	
Operation _____	

Hatten Sie im letzten Jahr Untersuchungen mit jodhaltigen Kontrastmitteln (Röntgen, Computertomographie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wann und welche? _____	Gibt es oder gab es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Für Frauen

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie zurzeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie eine Fehlgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift _____

Wird vom Arzt ausgefüllt!

