



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.

Name _____	Vorname _____	Alter _____
Körpergröße _____ cm	Körpergewicht _____ kg	

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? falls ja, wann und wo? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie zurzeit Schilddrüsenmedikamente ein? (z. B. L-Thyroxin, Euthyrox, Thyranojod, Eferox oder Carbimazol, Thiamazol, Propycil) falls ja, welche? _____ Dosis: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie zurzeit andere Medikamente oder auch Vitaminpräparate ein? (z. B. Marcumar oder Cordarex/Amiodaron) falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Medikamentenplan dabei? Wenn ja, bitte vorlegen.	
Wurde bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenoperation durchgeführt? falls ja, wann und wo? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen bereits eine Radiojodtherapie durchgeführt? falls ja, wann und wo? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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? (z. B. Röntgen, CT, Herzkatheter-, Venen- oder Nierenuntersuchungen) falls ja, wann und welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Vielen Dank für Ihre Angaben!

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 10 bis 14 Tagen erfolgen.

Datum/Unterschrift