

PATIENTENFRAGEBOGEN SCHILDDRÜSENLABOR

Praxisstempel

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert? nein ja OP-Jahr

Nehmen Sie ein Schilddrüsenmedikament ein? nein ja

Wenn ja, welches und in welcher Dosierung:

Haben Sie einmal eine radioaktive Jodkapsel eingenommen? nein ja Therapiejahr

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder wird gestillt? nein ja

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Röntgenuntersuchung
bei der ein Kontrastmittel in die Vene verabreicht wurde? nein ja

Hatten Sie in den letzten 1-2 Monaten einen grippalen Infekt? nein ja

Sind Sie Zuckerkrank? nein ja

Trinken Sie regelmäßig Mineralwasser? Wenn ja, welches? nein ja

Essen Sie öfters Seefisch? nein ja

BESCHWERDEN (zutreffendes bitte ankreuzen; bei starken Beschwerden zusätzlich unterstreichen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Ständige Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Herzrythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme kg.....seit..... |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gibt es eventuell einen Grund für Gewichtszunahme ?
(Gehbeschwerden? erhöhte Nahrungszufuhr?) |
| <input type="checkbox"/> Schweißneigung | <input type="checkbox"/> Frierneigung |
| <input type="checkbox"/> Nervosität bzw. innere Unruhe | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Wärmeempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Häufiger Stuhlgang / Durchfall | <input type="checkbox"/> Heiserkeit |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme kg.....seit..... | <input type="checkbox"/> Starker Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Brüchige Fingernägel |
| | <input type="checkbox"/> Trockene Haut |

Datum: Unterschrift: