Patientenetikett

MVZ DIRANUK GmbH – Bielefeld | Bad Salzuflen | Gütersloh | Bünde

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, Thyronajod 100, Eferox 25, Carbimazol 5, Thiamazol 10, Propycil 50)

_____

Sonstige Medikamente

_____

_____

Hatten Sie im letzten Jahr Untersuchungen mit jodhaltigen Kontrastmitteln (Röntgen, Computertomographie)? ☐ ja ☐ nein

falls ja, wann und welche? _____

Gibt es oder gab es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie? ☐ ja ☐ nein

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!

_____

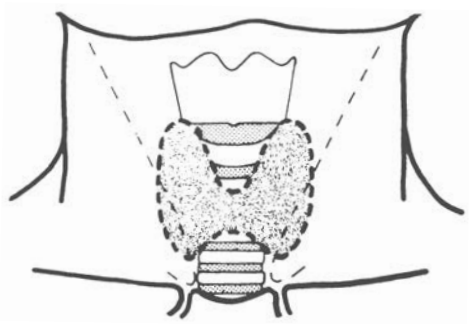
_____

_____

_____

_____

_____



01.2024