

Patientenfragebogen zur Schilddrüsenuntersuchung

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

1. Sind in Ihrer Familie Schilddrüsenerkrankungen bekannt?

Bei wem? _____ Welche? _____

2. Wurde bei Ihnen die Schilddrüse schon einmal untersucht (Labor, Ultraschall, Szintigraphie)?

Art der Untersuchung(en) mit Diagnose & Jahr: _____

3. Wurde Ihre Schilddrüse in der Vergangenheit behandelt?

- Operativ: Im Jahr: _____
- Mit Radiojod: Im Jahr: _____
- Strahlentherapie: Im Jahr: _____
- Mit Medikamenten: _____ von: _____ bis: _____
_____ von: _____ bis: _____

4. Haben Sie Beschwerden am/im Hals?

- Druck Schmerzen
- Kloßgefühl Engegefühl
- Schluckbeschwerden Andere Beschwerden: _____
- Meine Schilddrüse ist vergrößert! Bekannt seit: _____
- Meine Schilddrüse ist verkleinert! Bekannt seit: _____

5. Haben Sie folgende Allgemeinbeschwerden?

- Gewichtsabnahme in kg _____ Gewichtszunahme in kg _____
- Wärmeempfindlichkeit Starker Haarausfall
- Starkes Schwitzen Brüchige Fingernägel
- Innere Unruhe Trockene Haut
- Gereiztheit Frier Neigung
- Herzjagen in Ruhe Verstopfung
- Herzjagen bei Belastung Ständige Müdigkeit
- Häufiger Stuhlgang Lustlosigkeit/ Antriebslosigkeit
- Lichtscheue Depressionen/ Ängste
- Augenschmerzen Augentränen
- Vorstehende Augen Geschwollene Lider

6. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit in welchen Dosen ein?

7. Wurde bei Ihnen innerhalb des letzten Jahres eine Kontrastmitteluntersuchung durchgeführt?

Wenn ja, welche? _____ Wann? _____

8. Falls weitere Beschwerden oder Krankheiten nicht in diesem Fragebogen erfasst wurden, geben Sie diese hier bitte stichwortartig an:

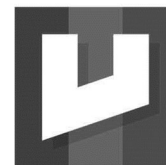
9. Für Frauen: Nehmen Sie die Pille/ Östrogenpräparate ein?

Wenn ja, welche? _____ Datum der letzten Regelblutung: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Untersuchung der Schilddrüse einverstanden bin.

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bestätige weiterhin, dass bei mir zu diesem Zeitpunkt KEINE Schwangerschaft vorliegt.

Ich möchte eine Kopie **dieses Patientenfragebogens** erhalten (gemäß dem § 630 e BGB, welches am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, sog. Patientenrechtgesetz). Ja Nein



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital



Dr. med. Eric Schlaudraff
Dr. med. Uwe Rößler
Dr. med. Nurettin Durdu
Dr. med. Charlotte Reichel
Dr. med. Nicolai Schramm
Robert Reith (ang. Arzt)

Magnetresonanztomographie
Computertomographie
Nuklearmedizin
Mammographie
Digitales Röntgen
Ultraschall

Sprechstunden:
Mo.–Do. 8:00–18:00 Uhr
Fr. 8:00–17:00 Uhr
Termine nach Vereinbarung

Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Telefon: 0661-902 950
Telefax: 0661-902 9524

praxis@radiologie-fulda.de
www.radiologie-fulda.de

Bankverbindung
Sparkasse Fulda
IBAN:
DE71 5305 0180 0000 0482 06
BIC: HELADEF1FDS



Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. des/der Erziehungsberechtigten