

FRAGEBOGEN ZUR SCHILDDRÜSENDIAGNOSTIK

GEBEN SIE BITTE IHRE HAUPTBESCHWERDEN AN

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Haben Sie an Körpergewicht abgenommen?
Um wieviel kg? _____ Zeitraum: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie an Körpergewicht zugenommen?
Um wieviel kg? _____ Zeitraum: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Appetit größer geworden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Leiden Sie an Appetitlosigkeit? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie neuerdings empfindlich gegen Wärme? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Frieren Sie leichter? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Ihre Hände in letzter Zeit wärmer? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie oft kalte Hände und Füße? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwitzen Sie in letzter Zeit vermehrt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ist Ihre Haut trocken geworden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie innerlich unruhiger geworden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Waren Sie schon immer nervös? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zittern Sie in letzter Zeit? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sind Sie müde, schläfriger, langsamer geworden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie neuerdings dauernd erhöhten oder unregelmäßigen Pulsschlag? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wechselt Ihr Pulsschlag häufig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie neuerdings vermehrt Stuhlgang? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Leiden Sie an Verstopfung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lassen Sie neuerdings vermehrt Urin? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Wassereinlagerungen (Schwellungen)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Beschwerden am Hals? Welche (z. B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)? _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? Wann? _____ Wo? _____
Diagnose: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Beschwerden an den Augen? Welche (z. B. Augentränen, geschwollene Lider, verschwommenes Sehen, Doppelbilder, hervorgetretene Augen, Augenjucken, Sonstiges)? _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung behandelt? Wann? _____ Wo? _____
Mit Medikamenten: _____
Mit Radiojod: _____
Durch Operation: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde bei Ihnen im letzten Jahr eine Röntgenuntersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt (z. B. Herzkatheter, Gefäßdarstellung, Nieren)? Welche? _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Welche Schilddrüsenmedikamente haben Sie früher eingenommen bzw. nehmen Sie zur Zeit? Präparat: _____ von: _____ bis: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatte oder hat in Ihrer Verwandtschaft jemand eine Schilddrüsenerkrankung? Welche (z. B. Kropf, Unter-, Überfunktion)? _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bitte geben Sie alle Medikament an, die Sie zur Zeit einnehmen.

_____ | |
| Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz verwendet? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? Welche? _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Für Frauen:
Nehmen Sie die Pille oder andere weibliche Hormone (Östrogene)? Präparat: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Befundbericht
Schilddrüsenultraschall

rechts



links

fT₃ fT₄ TSH TPO-AK