

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Haben Sie Beschwerden im Halsbereich (z.B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)?  
Welche: \_\_\_\_\_

Oja Onein

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht?  
Wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
Bei wem? \_\_\_\_\_

Oja Onein

Ist bei Ihnen eine vergrößerte oder knotige Schilddrüse bekannt?  
Bekannt seit: \_\_\_\_\_

Oja Onein

Wurden bei Ihnen bereits nuklear-medicinische Untersuchungen mit radioaktiven Substanzen durchgeführt?  
Wenn ja, wann? (Jahr) \_\_\_\_\_ Welches Organ? \_\_\_\_\_

Oja Onein

Bisherige Schilddrüsen-Behandlung durch Operation: Oja Onein  
mit Radiojod: Oja Onein  
mit Medikamenten: Oja Onein

Name des Schilddrüsen-Medikaments und Dosis angeben:  
\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wenn Sie an folgenden Beschwerden leiden, geben Sie bitte an, ob dies seit Wochen, Monaten, Jahren oder schon immer der Fall ist.

Haben Sie an Körpergewicht abgenommen?  
Um wie viel kg? \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Oja Onein

Haben Sie an Körpergewicht zugenommen?  
Um wie viel kg? \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Oja Onein

Neigen Sie ständig zu Schwitzen?  
Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten innerlich unruhiger geworden?

Oja Onein

Ist in den letzten Monaten Ihre Haut trockener geworden?  
Oja Onein

Oja Onein

Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten innerlich unruhiger geworden?  
Oja Onein

Oja Onein

Sind Sie in den letzten Monaten zunehmend träger geworden?  
Oja Onein

Oja Onein

Haben Sie gelegentlich auftretendes Herzjagen?  
Oja Onein

Oja Onein

Sind Sie müder, langsamer geworden?  
Oja Onein

Oja Onein

Haarausfall?  
Oja Onein

Oja Onein

Frieren Sie leicht an Händen und Füßen?  
Oja Onein

Oja Onein

Besteht in der letzten Zeit ein vermehrter Stuhlgang?  
Oja Onein

Oja Onein

Leiden Sie zunehmend unter Verstopfung?  
Oja Onein

Oja Onein

Haben Sie Beschwerden an den Augen? (z.B. Augentränen, Augenjucken, geschwollene Lider, hervortretende Augen, verschwommenes Sehen, Doppelbilder?)  
Welche? \_\_\_\_\_

Oja Onein

**Für Frauen:**  
Nehmen Sie die "Pille" oder andere weibliche Hormone (Östrogene)?  
Präparat? \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_

Oja Onein

**Besteht eine Schwangerschaft:** Oja Onein Unbestimmt  
Falls ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zur Zeit einnehmen (einschließlich Dosis):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie weitere Beschwerden und Krankheiten an, an denen Sie leiden  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vitamin-D-Medikation:** Oja Onein

=>Med.-Name und Dosis: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten, z. B. Arznei- oder Röntgenkontrastmitteln?** Oja Onein

**Nehmen Sie Medikamente zur Verhinderung der Blutgerinnung, z. B. Marcumar?** Oja Onein

Besteht eine vermehrte Blutungsneigung? Oja Onein

Wurde bei Ihnen eine Untersuchung mit jodhaltigen Röntgenkontrastmitteln durchgeführt (CT, Röntgen der Nieren, Herzkatheter)?  
Wenn ja, wann? (Jahr) \_\_\_\_\_  
Welches Organ: \_\_\_\_\_

Entstehen leicht blaue Flecken? Oja Onein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_