

Radiologische Praxis Erkelenz Partnerschaftsgesellschaft

Am Schneller 13 · 41812 Erkelenz

Tel.: 02431/9 73 69-0

Fax: 02431/9 73 69-138

www.radiologie-erkelenz.de



Fragebogen Schilddrüsendiagnostik vom Patienten auszufüllen

Name:	Vorname:	Hausarzt, Name:
Adresse:		Straße:
Geburtsdatum:	Tel.-Nr.:	PLZ, Ort:
Untersuchungsdatum:	Pat.-Nr.:	Krankenkasse:

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht? ja nein

Wann? _____ Wo? _____

Diagnose (falls bekannt) _____

Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung behandelt? ja nein

Mit Medikamenten: ja nein

Mit Radiojod: ja nein

Durch Operation: ja nein

Welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

Präparat und Menge: _____

Wann zuletzt? _____

Bitte geben Sie **alle** übrigen Medikamente an, die Sie zur Zeit einnehmen:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Bitte geben Sie die im letzten Jahr durchgeführten Röntgenuntersuchungen mit jodhaltigen Mitteln an (z.B. Gallenblase, Nieren, Gefäßdarstellung):

Ist Ihr Appetit größer geworden? ja nein

Sind Sie neuerdings empfindlich gegen Wärme? ja nein

Sind Ihre Hände in letzter Zeit wärmer? ja nein

Schwitzen Sie in letzter Zeit vermehrt? ja nein

Sind Sie innerlich unruhiger geworden? ja nein

Zittern Sie in letzter Zeit? ja nein

Haben Sie neuerdings dauernd erhöhten oder unregelmäßigen Pulsschlag? ja nein

Haben Sie neuerdings vermehrt Stuhlgang? ja nein

Haben Sie Beschwerden an den Augen?
Welche (z.B. Augentränen, geschwollene Lider, verschwommenes Sehen, Doppelbilder, hervorgetretene Augen, Augenjucken, Sonstiges)? _____ ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an Fremdlabore zur Bestimmung spezieller Blutwerte weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an Mit-/Weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden.

Für Frauen:

Nehmen Sie die „Pille“ oder andere weibliche Hormone (Östrogene)? Präparat: _____ ja nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie Beschwerden am Hals? ja nein

Welche? (z.B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)? _____

Geben Sie bitte Ihre Hauptbeschwerden an:

Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz verwendet? ja nein

Haben Sie an Körpergewicht zugenommen? abgenommen?

Um wieviel kg? _____ Zeitraum: _____

Leiden Sie an Appetitlosigkeit? ja nein

Frieren Sie leichter? ja nein

Haben Sie oft kalte Hände und Füße? ja nein

Ist Ihre Haut trocken geworden? ja nein

Waren Sie schon immer nervös? ja nein

Sind Sie müde, schläfriger, langsamer geworden? ja nein

Wechselt Ihr Pulsschlag häufig? ja nein

Leiden Sie an Verstopfung? ja nein

Haben Sie Wassereinlagerungen (Schwellungen)? ja nein

Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung? ja nein
Welche? _____

Hatten Sie eine Fehlgeburt? ja nein

Klinischer Befund nur vom Arzt auszufüllen

Ergänzungen zur Anamnese

Allgemeinbefund	Alter: _____ J	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	Puls: _____ pro min.	regelmäßig <input type="checkbox"/>	unregelmäßig <input type="checkbox"/>	RR: _____ / _____ mm Hg
------------------------	----------------	-----------------	-------------------	----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------

Befunde am Hals:

Halsumfang _____ cm, Strumagröße I, II, III

Narbe nach Kragenschnitt _____

supra-, zum Teil retrosternal, diffus, einknotig, mehrknotig _____

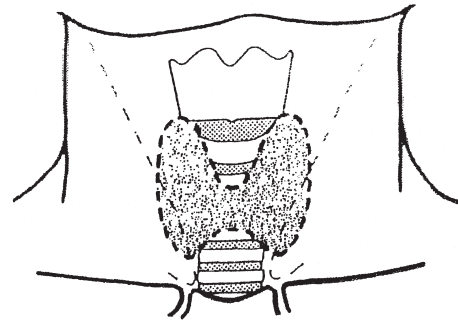
weich, derb, prall, spontan druckschmerzhaft _____

Schluckverschieblichkeit: gut, mäßig, schlecht _____

Schwirren, Stridor _____

Halsvenenstauung _____

Hautrötung, Ödem, Lymphknoten _____



Sonographie:	beidseitig	rechts	links
normales Schallmuster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
homogene diffuse Echoarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diffuse Echoarmut mit Resten normaler Struktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abgrenzbare Areale (Knoten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Volumenberechnung:

Volumen rechts _____ links _____ (ml)

Gesamtvolumen: _____ (ml)

Diagnostisches Programm (gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen)

FT₄

FT₃

TSH-Basalwert _____ mU/l Δ TSH

TSH nach Thyroliberin (TRH) _____ mU/l

Thyreoglobulin

Thyreoglobulin-AK

Mikrosomale AK

TSH-Rezeptor-AK

SD-Szintigraphie

Vorläufige Diagnose:

Therapieempfehlung:

Derzeitige Medikation:

Kontrolle:

in: _____ Wochen/Monaten/Jahren