



Fragebogen zur Erstvorstellung

Datum: _____

Name: _____, Geb.Datum: _____

Telefon: _____, mobil: _____

Email: _____

Überweisender Arzt: _____

Anmerkung des überweisenden Arztes: _____

Waren Sie bisher bereits in fachärztlicher Behandlung wegen der Schilddrüse? Ja Nein

Falls ja, fügen Sie bitte **ALLE Vorbefunde** (inkl. **farbig ausgedruckte Szintigraphiebilder** falls erfolgt) **sowie aktuelle Laborwerte** bezüglich der Schilddrüse bei.

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Ja Nein

Falls ja, welche (mit Firmenname und Dosierung):

weitere Medikamente (bitte Medikamentenplan beilegen):

Bitte füllen Sie untenstehende Fragen aus.

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Welche Symptome liegen bei Ihnen vor?

	Ja	Nein
Gewichtabnahme		
Gewichtszunahme		
Appetitzunahme		
Wärmeunverträglichkeit bzw. vermehrtes Schwitzen		
Kälteüberempfindlichkeit		
Neuaufgetretene innere Unruhe		
Leistungsminderung, Müdigkeit		
Zittrige Hände		
Häufigerer Stuhlgang oder Durchfall		
Neigung zu Verstopfung		
Neuerdings erhöhter oder unregelmäßiger Pulsschlag		
Enge- oder Kloßgefühl am Hals, Schluckbeschwerden		
Augenbeschwerden (Fremdkörpergefühl, Augenjucken, etc.)		
Neu aufgetretener Haarausfall		

Nur bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, stillen Sie? Ja Nein

Interner Vermerk (durch Nuklearmedizin auszufüllen):

Terminfreigabe: Datum: _____, Arzt: _____

Anmerkung Arzt: _____

Termin: _____

abgelehnt, Grund: _____
