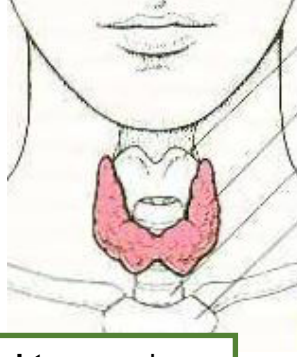
Barcode

# Anamneseblatt
## Schilddrüsenunters.



| | ja | nein | unbek. |
|---|---|---|---|
| **Schwangerschaft** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Stillen** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Isotopenunters.** | ☐ | ☐ | ☐ |

**Größe**: _____ cm **Gewicht**: _____ kg

**Telefonnummer:** _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mir zum Zwecke der medizinischen Diagnostik radioaktive Stoffe verabreicht werden.

Augsburg, …….
Datum Unterschrift Patient

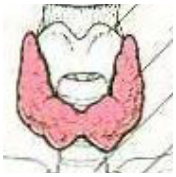
| | Ja | nein | | Ja | nein | | Ja | nein |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Schwitzen** | ☐ | ☐ | **Druckgefühl Hals** | ☐ | ☐ | **Frieren** | ☐ | ☐ |
| **Herzklopfen** | ☐ | ☐ | **Schluckbeschwerden** | ☐ | ☐ | **Antriebslosigkeit** | ☐ | ☐ |
| **Nervosität** | ☐ | ☐ | **Hals dicker** | ☐ | ☐ | **Müdigkeit** | ☐ | ☐ |
| **Zittrigkeit** | ☐ | ☐ | **Knoten am Hals** | ☐ | ☐ | **Haarausfall** | ☐ | ☐ |
| **Heißhunger** | ☐ | ☐ | **Schmerzen im Hals** | ☐ | ☐ | **Trockene Haut** | ☐ | ☐ |
| **Schlafstörungen** | ☐ | ☐ | **Heiserkeit** | ☐ | ☐ | **Brüchige Nägel** | ☐ | ☐ |
| **Durchfall** | ☐ | ☐ | **Luftnot** | ☐ | ☐ | **Verstopfung** | ☐ | ☐ |
| **Gewichtsabnahme wieviel kg** | ☐ | ☐ | | | | **Gewichtszunahme wieviel kg** | ☐ | ☐ |

**Untersuchungstag:……..** **Fragestellung**:……

| | Ja | nein | | Ja | nein | | Ja | nein |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | **Kortison** | ☐ | ☐ |
| **Aktuelles TSH**<br>*Von wann?*<br>Wie hoch ? | ☐ | ☐ | **Z.n. SD-OP / RJT / Radiatio**<br>Wann? | ☐ | ☐ | ***Blutverdünnung***<br>**Metformin z.B. Siofor**<br>**Amiodaron/Cordarex** | ☐<br>☐<br>☐ | ☐<br>☐<br>☐ |
| **SD-Medikation**<br>*Seit wann?*<br>Was? Dosis? | ☐ | ☐ | **Einnahme SD-Hormon korrekt** | ☐ | ☐ | **Jodkontamination**<br>*Wann?*<br>Was? | ☐ | ☐ |

Unterschrift MTA/MFA:_____

Procedere:



| | |
|---|---|
| TSH | ☐ |
| fT3 | ☐ |
| fT4 | ☐ |
| Anti-TPO | ☐ |
| TRAK | ☐ |
| Ant-hTg | ☐ |
| **Calcitonin:** | ☐ |
| **hTg** | ☐ |
| Vit D | ☐ |
| Parathormon | ☐ |
| SD-Szinti | ☐ |
| FNP | ☐ |
| US-SD | ☐ |
| US-Hals | ☐ |
| Sonstiges | ☐ |

Bemerkung: