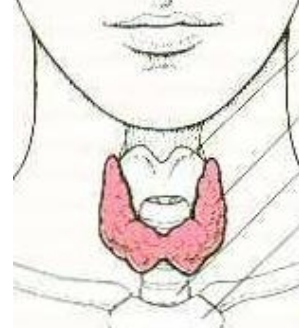


Anamneseblatt

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	☐	☐				Gewichtszunahme	☐	☐
wieviel kg						wieviel kg		

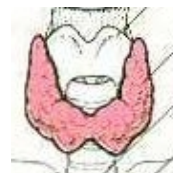
Untersuchungstag:

Fragestellung:

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

Unterschrift MTA/MFA: _____

Procedere:



Bemerkung:

RB:

Puls:

BE ☐
 Urin Jod ☐
 Urin/24h ☐
 SD-Szinti ☐
 FNP ☐
 US-SD ☐
 US-Hals ☐
 Sonstiges ☐