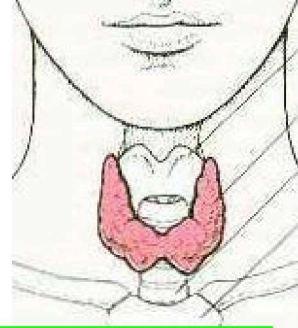


Barcode

Anamneseblatt Schilddrüsenunters.



ja nein unbek.
Schwangerschaft ☐ ☐ ☐
Stillen ☐ ☐ ☐
Isotopenunters. ☐ ☐ ☐

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

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:.....

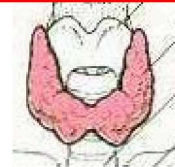
Fragestellung:.....

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

Unterschrift MTA/MFA: _____

Rauchen ☐ ☐

Procedere:



Bemerkung:

RR:

Puls:

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