

Patientenname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ (Arztstempel)

## Fragebogen zur Schilddrüsendiagnostik

**Bitte beide Spalten beantworten!** (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. angeben)

Haben Sie Beschwerden im Halsbereich?  
 Welche (z. B. Kloßgefühl, Schmerzen,  
 Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal die  
 Schilddrüse untersucht? \_\_\_\_\_  
 ja  nein   
 Wann zum ersten Mal? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_  
 Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine vergrößerte  
 oder knotige Schilddrüse?  
 Bekannt seit? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ja  nein

Diagnose: \_\_\_\_\_  
 Behandlung durch Operation: \_\_\_\_\_  
 ja  nein  Wann? \_\_\_\_\_

Ist bei einem Familienmitglied  
 eine Erkrankung der  
 Schilddrüse bekannt?  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ja  nein

mit Radiojod: \_\_\_\_\_  
 ja  nein  Wann? \_\_\_\_\_  
 mit Medikamenten: \_\_\_\_\_  
 ja  nein  Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Präparate: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wenn Sie an folgenden Beschwerden leiden, geben Sie bitte an, seit wann das der Fall ist (seit Wochen, Monaten, Jahren, schon immer):

Haben Sie an Körpergewicht  
 abgenommen?  
 Um wieviel kg? \_\_\_\_\_  
 ja  nein  Zeitraum: \_\_\_\_\_

Haben Sie an Körpergewicht  
 zugenommen?  
 Um wieviel kg? \_\_\_\_\_  
 ja  nein  Zeitraum: \_\_\_\_\_

Neigen Sie ständig zu Schwitzen?  
 ja  nein

Ist in den letzten Monaten Ihre Haut  
 trockener geworden?  
 ja  nein

Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten  
 innerlich unruhiger geworden?  
 ja  nein

Sind Sie in den letzten Monaten  
 zunehmend träger geworden?  
 ja  nein

Haben Sie gelegentlich auftretendes  
 Herzjagen?  
 ja  nein

Sind Sie müder, langsamer geworden?  
 ja  nein

Sind Sie eher wärmeempfindlich?  
 ja  nein

Frieren Sie leicht an Händen und Füßen?  
 ja  nein

Besteht in der letzten Zeit ein  
 vermehrter Stuhlgang?  
 ja  nein

Leiden Sie zunehmend unter  
 Verstopfung?  
 ja  nein

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

Für Frauen:  
 Nehmen Sie die „Pille“ oder andere  
 weibliche Hormone (Östrogene)?  
 Präparat? \_\_\_\_\_  
 ja  nein

Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz  
 verwendet?  
 ja  nein

Datum der letzten Regelblutung \_\_\_\_\_  
 ja  nein  unbekannt

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie z. Z. einnehmen  
 (einschließlich Dosis):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Geben Sie weitere Beschwerden und Krankheiten an, an denen  
 Sie leiden:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vorangegangene Röntgenuntersuchungen (wann, welche?): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen mit radioaktiven Substanzen: \_\_\_\_\_  
 Wurde früher eine Strahlentherapie durchgeführt?  ja  nein Grund: \_\_\_\_\_

Frühere Behandlungen mit radioaktiven Substanzen: \_\_\_\_\_