

Name / Vorname:

wie telefonisch erreichbar:

Waren Sie schon einmal in **unserer** Behandlung (**Nuklearmedizin Tuttlingen**) ?

nein ja (→ wann ? _____)

Wurde bei Ihnen **sonst** schon einmal eine **Schilddrüsenerkrankung festgestellt** bzw. eine **Schilddrüsenszintigraphie** oder eine **Behandlung** durchgeführt? nein; ja

Falls ja, **wann und wo** ? _____

→ Behandlung mit Thyroxin/Carbimazol/... , seit wann ? _____

→ SD-Szintigraphie / OP / Radiojod-Therapie, **wann/wo** ? _____

Nehmen Sie z. Zt. **Schilddrüsenmedikamente** ein ja/ nein ?

Inhaltsstoffe: L-Thyroxin / Jodid / Carbimazol / Thiamazol / Selen / andere / nein

Bitte genauer Name (falls bekannt):

Tablettenstärke: 5/10/20 mg – 50/75/100/125/150/175/200....µg;

→ wie aktuelle Einnahme (1/2 o. 1 Tablette ?):

Datum letzte Dosisänderung: _____ Dosis vorher: _____

Nehmen Sie noch **andere Medikamente regelmäßig** ein? ja/ nein ?

wenn ja, welche

Fand bei Ihnen **im letzten ½ Jahr** eine Röntgenuntersuchung **mit Röntgenkontrastmittel** statt (Zutreffendes bitte unterstreichen)?:

z.B. Nieren-/Gallen-/Gefäßdarstellung ja/ nein

Computertomographie /Herzkatheter/sonstige ja/ nein

→ falls ja, wann genau (Monat) ?

Verwenden Sie _____ - jodhaltige Vitaminpräparate? ja/ nein

_____ - andere jodhaltige Medikamente/Nahrungsmittel? ja/ nein

Für Frauen:

Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? nein / ja

Haben Sie Kinder ? nein / wenn ja, wie viele / wie alt ? : _____

Nehmen Sie die „Antibabypille“? nein / ja

Angaben zu eventuellen Beschwerden: (schwer / leicht) keine Beschwerden

Klos-/Fremdkörpergefühl/Druck/Enge im Hals, Wachstum, lokale/Schluck-Beschwerden

Veränderter Stuhlgang, Appetitänderung, Schlafstörungen, Müdigkeit

Nervosität, Schwitzen, Wärme-Kälte-Empfindlichkeit

Herzbeschwerden, Herzrasen, verstärktes Herzklopfen, Atemnot

Neue Augenbeschwerden: Sehstörungen/Brennen/Druck/äußere Veränderungen

Aktuelles Körpergewicht _____ kg. Gab es deutliche Veränderungen ja/ nein?

→ falls ja, wie viel: _____ kg, Zunahme / Abnahme → seit **wann?**:

Sonstiges:

Bedeutsame Vorerkrankungen:

Datum:

Unterschrift Pat.:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Sie erleichtert uns unsere Arbeit erheblich und schenkt Ihnen nachher mehr Zeit für das eigentliche Gespräch mit Ihrem Arzt!