



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Termin am: \_\_\_\_\_

**Anamnesebogen Schilddrüse** (Zutreffendes ankreuzen, ggf. weitere Angaben)

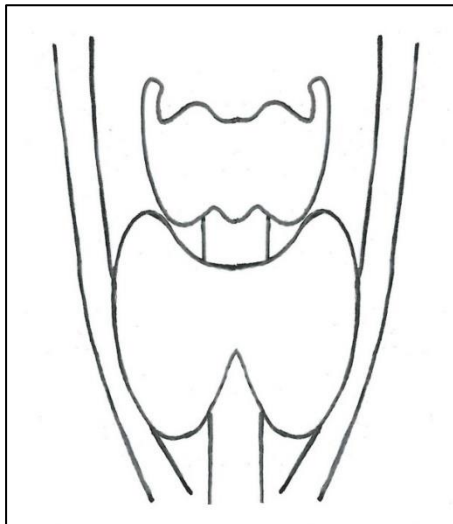
- |   |  |  |
|---|--|--|
| Beschwerden:  | <input type="checkbox"/> nein (Routinekontrolle) | <input type="checkbox"/> ja                |
| Schilddrüsenerkrankung bekannt?                     | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ |
| Müdigkeit:  | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Schlafstörungen:                                    | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Unruhe/Nervosität:                                  | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Vermehrtes Schwitzen:                               | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Häufige Verstopfung:                                | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Häufiger Durchfall:                                 | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Herzrhythmusstörungen<br>(Herzrasen, Herzstolpern): | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Heiserkeit:   | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Druckgefühl am Hals/Kloßgefühl:                     | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Atemnot:  | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Schluckbeschwerden:                                 | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |
| Kürzlich/aktuell erkältet?                          | <input type="checkbox"/> nein                    | <input type="checkbox"/> ja, seit: _____   |

Andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| Aktuell:  | Gewicht: _____ kg, Größe: _____ cm   |
| Erhebliche Gewichtszunahme:   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ kg/_____ Mon. |
| Erhebliche Gewichtsabnahme:   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ kg/_____ Mon. |
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      |
| Nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente?                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____       |
| Haben Sie Kontrastmittel bekommen?<br>z.B. bei einer CT oder Herzkatheter | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____         |

**Ärztlicher Teil:**

**Blut:** orange braun rot



**Szinti:** ja  nein

- Labor:** FT3 FT4 TSH  
TPO TAK TRAK  
Calcitonin Basedow

**Procedere:**