

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine

Untersuchung der Schilddrüse

durchgeführt werden. Hierzu benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben.

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen!

Name: _____

Archivnummer: _____

Vorname: _____

Geschlecht: M W

Geboren: _____

- Sind Sie bereits früher an der Schilddrüse untersucht worden? Ja Nein

Falls ja wann und wo

- Sind Sie bereits an der Schilddrüse behandelt worden? Ja Nein

Falls ja, durch: Operation Radiojod Medikamente (welche: _____)

wann: _____ und warum: _____

- Nehmen Sie zurzeit Medikamente für die Schilddrüse ein? Ja Nein

Falls ja, welche? _____ und in welcher Dosierung: _____

- Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

- Leiden Sie unter Druckgefühl am Hals, Schluckbeschwerden oder Kloßgefühl? Ja Nein

- Ist Ihr Hals dicker geworden? Ja Nein

- Haben Sie in der letzten Zeit Gewicht verloren? Ja Nein

- Schwitzen Sie vermehrt? Ja Nein

- Haben Sie Herzbeschwerden (schneller Puls, unregelmäßiger Puls)? Ja Nein

- Wurde Ihnen in den letzten Wochen ein Kontrastmittel verabreicht? Ja Nein

- Beschreiben Sie bitte kurz Ihre jetzigen Beschwerden, die zur vorgesehenen Untersuchung geführt haben:

Zusätzliche Angaben bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft: Ja Nein

Datum der letzten Menstruation:

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Eintragungen des/der medizinisch-technischen Assistentin/en

- Menge und Art der applizierten Aktivität:

- Zeitpunkt und Ort der Injektionsstelle:

- Aufnahmezeitpunkt und Intervall zur Injektion: