

Schilddrüsen-Fragebogen Praxis Dres Bräuer/Höchstetter


Glonner Str. 8 in 85640 Putzbrunn

Bitte geben Sie mitgebrachte Vorbefunde an der Anmeldung ab.

Name, Vorname

Grund der Untersuchung

- Zufallsbefund einer Schilddrüsenvergrößerung
- Zufallsbefund eines auffälligen Laborwertes
- Verlaufskontrolle bei bekannter Schilddrüsenerkrankung
- Kinderwunsch
- Beschwerden **Allgemeinbefinden** (1-6: 1 ausgezeichnet, 6 sehr schlecht): _____

Bei Beschwerden bitte ausfüllen (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Druck- oder Kloßgefühl, <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden, <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Schwellung am Hals - wo? (bitte einzeichnen)	
<input type="checkbox"/> Nervosität, <input type="checkbox"/> Schlafstörungen, <input type="checkbox"/> gesteigerte Appetit, <input type="checkbox"/> Reizbarkeit, <input type="checkbox"/> Durchfall, <input type="checkbox"/> schneller Puls, <input type="checkbox"/> Herzstolpern, <input type="checkbox"/> Schwitzen/Wärmeunverträglichkeit, <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	
<input type="checkbox"/> Müdigkeit, <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit, <input type="checkbox"/> frieren/ kalte Hände und Füße, <input type="checkbox"/> Verstopfung, <input type="checkbox"/> trockene Haut, <input type="checkbox"/> spröde Haare, <input type="checkbox"/> vermehrter Haarausfall, <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	
<i>Andere Beschwerden:</i>	

	?	nein	ja
<i>Haben Großeltern, Eltern oder Geschwister eine Schilddrüsenerkrankung?</i>			
<i>Erfolgte in den letzten 3 Monaten eine CT-Untersuchung mit Kontrastmittelinjektion in die Vene oder eine Angiographie?</i>			
<i>Wurde ihre Schilddrüse schon einmal behandelt?</i>			
<i>Wenn ja wie: Operation Radiojodtherapie Medikamente</i>			
<i>Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente?</i>			
Jod – Lithium – Amiodaron Schilddrüsenmedikamente – wenn ja welche?			

Bekannte chronische Krankheiten: _____

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Datum und Unterschrift _____