

# Anamnese BE

Ambulant-Nuklearmedizinisches  
Zentrum Würzburg

Dr. J.-U. Eberhardt  
Dr. E. Peppert  
Dr. C. Düren



Würzburg, den \_\_\_\_\_

Sehr geehrte(r) Patient(in),  
um Sie optimal untersuchen zu können, bitten wir Sie, uns durch die Beantwortung folgender Fragen zu unterstützen:

**Größe** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

Ext. Labor

## Aktuelle Beschwerden:

\_\_\_\_\_

## Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Schilddrüse (mit **Dosierung**): \_\_\_\_\_ heute eingenommen  ja  nein

Wie lange besteht diese Dosierung?

seit der letzten Untersuchung in unserer Praxis.

vor ca. \_\_\_\_\_ Wochen / \_\_\_\_\_ Monaten geändert.

Hersteller:  Henning (Sanofi)  Euthyrox (Merck)  Hexal  
 Winthrop  1A Pharma  anderer Hersteller:

Weitere Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Patientinnen:</b>	Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Schwangerschaftswoche			
	Stillen Sie momentan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Datum der Entbindung:			
	Einnahme von	<input type="checkbox"/> Folsäure ohne Jodid	<input type="checkbox"/> Folsäure mit Jodid	
	Letzte Regelblutung:			

Nachdem Sie alle Fragen beantwortet haben, bringen Sie diesen Bogen bitte wieder zurück an die Anmeldung.

Für Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Würzburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

## Von der Praxis auszufüllen:

Pat  Rezept

E  P  D  Et  Sc  Ko  V  .....

Bas  Std  Al  Kopt

Onc  zusätzlich: .....

IP 1  IP 2  IP 3  V D