



Sehr geehrter Patient,
um Sie optimal behandeln zu können bitten wir Sie uns durch Beantwortung folgender Fragen
zu unterstützen.

| | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bestehen derzeit akute Beschwerden oder unklare Probleme, die zur Schilddrüsenuntersuchung Anlass geben? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oder ist eine allgemeine Schilddrüsenkontrolle geplant? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie bei uns erstmalig zu einer Schilddrüsenuntersuchung sind, bitten wir Sie um folgende Auskünfte: | | |
| • Wurde Ihre Schilddrüse schon jemals untersucht? Wenn ja, wo? Krankhafte Befunde? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenmedikamente früher oder aktuell? Wenn ja, welche? Dosierung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenoperation oder Radiojodtherapie? Wenn ja, welches Krankenhaus? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenprobleme in Ihrer Verwandtschaft? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ernste Vorerkrankungen? Krankenhausaufenthalte? Chronische Erkrankungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Medikamente? Wenn ja, nennen Sie bitte Namen oder Art der Medikamente (z.B. gerinnungshemmende Medikamente, Magen-, Blutdruck- tabletten, Asthmaspray usw.)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röntgen- oder nuklearmedizinische Untersuchungen in der letzten Zeit? Wenn ja, welche Untersuchungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde Kontrastmittel gegeben? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Für weibliche Patienten: | | |
| Besteht momentan Kinderwunsch? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht aktuell eine Schwangerschaft? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie kürzlich entbunden und stillen Sie derzeit? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Kinder, in welchem Jahr waren die Geburten? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann war die letzte Regelblutung? Ist diese normal und regelmäßig? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie empfängnisverhütende Medikamente? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Würzburg, den _____ Unterschrift: _____

Bitte wenden

Nachdem Sie nun alle Fragen beantwortet haben, bringen Sie uns bitte diesen Bogen wieder zurück zur Anmeldung. Sofern noch nicht erfolgt, legen Sie ggf. bitte Halsketten ab.

Für das Weitere benötigen wir üblicherweise noch etwa 45 min. In Kürze werden Sie zur *Untersuchung* beim Arzt aufgerufen.

Anschließend erfolgt in der Regel eine *Ultraschalluntersuchung* der Schilddrüse. In den meisten Fällen ist danach eine *Blutentnahme* notwendig und ggf. noch eine *Schilddrüsenszintigraphie*. Beides erfolgt in den Messräumen unserer Praxis.

Sobald alle notwendigen Untersuchungen Ihrer Schilddrüse abgeschlossen sind, werden Sie von uns entlassen und dürfen nach Hause gehen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen während der Untersuchung jederzeit bei Fragen zur Verfügung.

Wir werden dann nach Erhalt der noch fehlenden Befunde (Laborwerte) in ca. einer Woche dem überweisenden Kollegen bzw. Ihrem Hausarzt in einem *Arztbericht* sämtliche Ergebnisse mitteilen und Behandlungsvorschläge, sofern erforderlich, unterbreiten.

Wir hoffen, dass der Ablauf Ihrer Zufriedenheit entspricht und dass Sie sich während der gesamten Untersuchung bei uns wohl fühlen werden.

Ihr Praxisteam