



\_\_\_\_\_

Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben)

## FRAGEBOGEN SCHILDDRÜSENDIAGNOSTIK

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Schilddrüsendiagnostik erfolgt je nach Erfordernis mit einer kleinen Menge einer radioaktiven Substanz (TC99m). **Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

Ist bei Ihnen bereits eine Schilddrüsenerkrankung bekannt

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie bereits Schilddrüsenmedikamente ein und wenn ja welche?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Sind sie an der Schilddrüse operiert und/oder haben Sie eine Radiojodtherapie (RJT) gemacht, wenn ja, wann und welche?

OP wann \_\_\_\_\_  Nein

RJT wann \_\_\_\_\_  Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

Schwangerschaft  Ja  Nein      Stillen  Ja  Nein

Bitte geben Sie Ihr Gewicht und Ihre Körperlänge an:

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Länge: \_\_\_\_\_ m

Leiden Sie an einer chronischen Infektion wie Hepatitis, HIV, usw.?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

**Falls Sie zusätzliche Auskünfte zu der Untersuchung wünschen, sprechen Sie uns bitte an.  
Wir helfen Ihnen gerne weiter.**

\_\_\_\_\_  
Alzey, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)/betreuende Person