



Fragebogen Schilddrüsenuntersuchung

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in			
Geb.-Dat.	Gewicht (kg)	Telefon	MTD

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Ja Nein

Seit wann? _____ Zuletzt untersucht am: _____

Hatten Sie Operationen im Bereich der Schilddrüse? Wann? Ja Nein

Nehmen Sie derzeit Schilddrüsenmedikamente? Welche? Ja Nein

Nehmen Sie jodhaltige Medikamente? (wie z.B. Sedacoron, Betaisodona, ...) Ja Nein

Falls sich aufgrund der Untersuchung die Indikation zur Schilddrüsenszintigraphie ergibt:

Hatten Sie innerhalb der letzten 3 Monate eine Untersuchung Ja Nein

mit jodhaltigem Kontrastmittel? (z.B. CT, Angiographie ...)

Wenn ja, wann? _____

Ich wurde über die Notwendigkeit der Durchführung einer Szintigraphie und die dafür notwendige Verabreichung einer radioaktiven Substanz aufgeklärt, ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ich bin sicher nicht schwanger.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT
---------------	---	-----------------------------

Ärztliche Anamnese

Aktivität voll	MBq	Uhrzeit
Aktivität leer	MBq	Uhrzeit
TSH <input type="checkbox"/>	fT3 <input type="checkbox"/>	
fT4 <input type="checkbox"/>	TPO <input type="checkbox"/>	
Szinti		
Labor auswärtig		