

Bonn, den _____

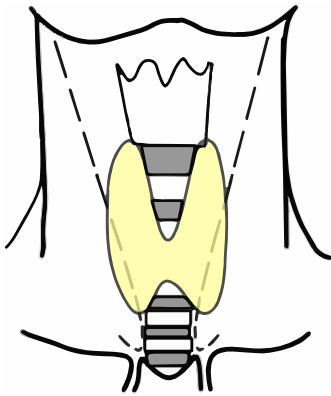
NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

KRANKENKASSE: _____

Bitte überprüfen Sie die oben stehenden Angaben und korrigieren Sie diese gegebenenfalls.

Vom Arzt auszufüllen / Dokumentation für den internen Gebrauch

MTA Blutentnahme		MTA		Arzt/ Ärztin	
Klinik/ Tastbefund					
Anamnese					
Halsumfang in cm		Herzfrequenz in 1/min		Blutdruck in mm Hg	
<input type="checkbox"/> Sonographie	R	Vol. / ml	L	Vol. / ml	Gesamtv. / ml
Bemerkungen / SD-Befund					
<input type="checkbox"/> Szintigraphie		Aktivität in MBq (^{99m} TcO ₄), Injektionszeit, Uptake			
<input type="checkbox"/> Röntgen Trachea					
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenpunktion <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links					
<input type="checkbox"/> FT4		12,4 - 27,4 pmol/l	<input type="checkbox"/> AntiTPO		-25 iU/ml
<input type="checkbox"/> FT3		2,5 - 5,8 pmol/l	<input type="checkbox"/> hTg / WF		-70 ng/ml
<input type="checkbox"/> TSHbasal		0,17 - 4,05 mU/L	<input type="checkbox"/> Anti-Tg		-100 iU/ml
<input type="checkbox"/> TRAK		-1 iU/L	<input type="checkbox"/> Calcitonin		-10 (w) / 15 (m) pg/ml
Abschließendes Gespräch, Diagnose/Therapie					Wiedervorstellung

WICHTIG: BITTE FÜLLEN SIE DIE RÜCKSEITE AUS.



Patienten-Informations- und Aufklärungsblatt: Schilddrüsendiagnostik

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bei Ihnen ist eine Schilddrüsendiagnostik empfohlen worden. Für die Untersuchung der Schilddrüse wird – falls notwendig – mit Hilfe eines sehr kurzlebigen intravenös gespritzten radioaktiven Stoffes der Schilddrüsenstoffwechsel über eine Aufnahme an einer Gammakamera dargestellt. Die Substanz wird in so geringer Menge verabreicht, dass Nebenwirkungen, auch Überempfindlichkeitsreaktionen nicht zu erwarten sind. Weiterhin erfolgen in der Regel eine Blutentnahme und/oder ein Ultraschall (Sonographie) der Schilddrüse. Am heutigen Untersuchungstag liegen die Ergebnisse noch nicht vollständig vor, sodass der Arzt Ihnen noch keine endgültige Befundmitteilung / Therapieempfehlung geben kann. Wir erstellen jedoch einen ausführlichen Befundbericht / Therapieempfehlung und senden diesen an den überweisenden Arzt, mit dem Sie nach 2-3 Wochen Kontakt aufnehmen sollten. Für die Optimierung der Diagnostik beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	JA	NEIN	UNBKANT
Sind Ihnen Schilddrüsenerkrankungen der Eltern, Geschwister bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an der Schilddrüse operiert worden, haben Sie eine Radiojod-Therapie erhalten? <i>Falls ja, was und wann?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit Schilddrüsenmedikamente ein? <i>Falls ja, welche und seit wann?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits <i>früher</i> Medikamente zur Behandlung der Schilddrüse eingenommen? <i>Falls ja, welche und wie lange?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit andere Medikamente ein? <i>Wenn ja, geben Sie bitte alle an!</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie?			
Haben Sie sich in den vergangenen zwölf Monaten einer Röntgen- und/oder CT-Untersuchung mit einem Kontrastmittel z.B. Niere, Galle, Blutgefäße, Herzkatheter unterzogen? <i>Falls ja, Art und Zeitpunkt der Untersuchung:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter welchen der folgenden Beschwerden leiden Sie zurzeit?			
<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Luftnot	
<input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> Herzrasen / Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen
<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Nervosität, innere Unruhe	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Augentränen,
<input type="checkbox"/> Wärmeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> brüchige Nägel	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Lidschwellungen
<input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Beinödeme	<input type="checkbox"/> Durchfall	
Die Hauptbeschwerden sind:			
Gewicht [kg]	Größe [cm]		
Haben Sie in letzter Zeit erheblich <i>zugenommen</i> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
Haben Sie in letzter Zeit erheblich <i>abgenommen</i> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
Für Frauen im gebärfähigem Alter:			
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? <i>Falls ja, welche Schwangerschaftswoche (SSW)?</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Unbekannt <input type="checkbox"/>
Stillen Sie zur Zeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

**Ich wurde über die Art und die Durchführung der Schilddrüsendiagnostik aufgeklärt.
Ich bin mit der Schilddrüsendiagnostik einverstanden.**

Bonn, den _____

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin