

Patientenfragebogen

Datum.....

Für (Vor- und Familienname): geb. am:.....

Körpergröße:.....cm Körpergewicht:.....kg

Hausarzt/-ärztin bzw. überweisende(r) Arzt/Ärztin:.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? () Nein, keine Medikamente

Wenn ja, geben Sie bitte nachfolgend Ihre Medikamente an oder geben Sie Ihren Medikamentenplan an der Anmeldung ab.

Medikamentenname	Dosis/Stärke	Früh	Mittag	Abend	Nacht
------------------	--------------	------	--------	-------	-------

.....					
.....					
.....					

Sind bei der Verordnung von Medikamenten bei Ihnen wegen Allergien oder aus sonstigen Gründen bestimmte Zusatzstoffe zu vermeiden, z.B. Gelatine:.....

Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt? () nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Wenn ja, welche und seit wann?

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert? () nein

Wenn ja, im Jahre..... Krankenhaus bzw. Operateur.....

Wurde bei Ihnen eine Radiojodtherapie durchgeführt? () nein

Falls ja, bitte Monat und Jahr sowie Klinik/Stadt angeben:

Wegen folgender Erkrankung:

M. Basedow () Autonomes Adenom/heißer Knoten () Schilddrüsenkarzinom ()

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?

Beschwerden () Laborwerte nicht o.k. () Knoten im Sono () sichtbare(r) Knoten ()

Zweitmeinung () Sonstiges (z.B. Auffälligkeiten im CT, MRT, PET) ()

Falls Sie Beschwerden haben, geben Sie diese stichwortartig an:

.....

() Derzeit bestehen keine Beschwerden

Ist in Ihrer Familie/Blutsverwandtschaft eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?

Wenn ja, welche (falls bekannt)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wenn Sie fertig sind, geben Sie bitte den Fragebogen an der Anmeldung ab! (Unklarheiten werden im Gespräch mit dem Arzt oder einer Mitarbeiterin geklärt)