

Patientenfragebogen für Kontrolluntersuchungen Datum.....

(nur ausfüllen, falls in der Zwischenzeit wesentliche Änderungen eingetreten sind)

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 seit Ihrer letzten Untersuchung bei uns neue Erkrankungen aufgetreten? () nein

Wenn ja, welche:

Für Frauen im gebärfähigen Alter: besteht eine Schwangerschaft? () nein; wenn ja, in der wievielten Woche: Stillen Sie? () nein

Sind in der Zwischenzeit Allergien oder Unverträglichkeiten hinzugekommen? () nein

Wenn ja, welche?

.....

Wurden Sie in der Zwischenzeit an der Schilddrüse operiert? () nein

Wurde bei Ihnen eine RFA/Thermoablation/Radiofrequenzablation durchgeführt? () nein

Wenn ja, geben Sie bitte das Krankenhaus bzw. den Operateur an.....

Wurde bei Ihnen in der Zwischenzeit eine Radiojodtherapie durchgeführt? () nein

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

Wegen folgender Erkrankung:

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

Geht es bei Ihnen um eine Kontrolluntersuchung () ja

Falls Sie Beschwerden haben, geben Sie diese bitte stichwortartig an:

.....

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