

Barcode

## Schilddrüsenuntersuchung

am \_\_\_\_\_

Bitte leserlich ausfüllen

**Handelt es sich um eine:**

- Erstmalige Abklärung ohne bisherige Schilddrüsenerkrankung
- Abklärung im Rahmen einer neu aufgetretenen Schilddrüsenerkrankung? Welche: \_\_\_\_\_
- Kontrolle bei bereits länger bekannter Schilddrüsenerkrankung? Welche: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits eine:**

- Blutabnahme: zuletzt wann/wo: \_\_\_\_\_
- Ultraschalluntersuchung: zuletzt wann/wo: \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenzintigraphie: zuletzt wann/wo: \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenoperation: wann/wo: \_\_\_\_\_
- Radiojodtherapie: wann/wo: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein oder haben Sie eingenommen?**

**Wenn ja, Welche?**

- ja: \_\_\_\_\_  nein

**Erhielten Sie in den letzten 3 Monaten Kontrastmittel oder jodhaltige Medikamente?**

- ja: \_\_\_\_\_  nein

**Haben Sie eine der folgenden Beschwerden?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme       | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Ermüdbarkeit / Leistungsknick |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen             | <input type="checkbox"/> Nervosität      | <input type="checkbox"/> Haarausfall                   |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Durchfall       | <input type="checkbox"/> Verstopfung                   |
| <input type="checkbox"/> Druck am Hals         | <input type="checkbox"/> Schluckstörung  | <input type="checkbox"/> Heiserkeit                    |

**Sonstiges:**

<b>Labor:</b>	<b>TSHb:</b>	0,40 - 2,50 mU/l	<b>MAK:</b>	< 30 U/ml
	<b>FT3:</b>	2,30 - 4,20 ng/l	<b>TgAK:</b>	< 10 U/ml
	<b>FT4:</b>	8,9 - 17,6 ng/l	<b>TRAK:</b>	

**Datum / Aufkleber**

- TSH
- fT3
- fT4
- MAK
- TAK
- TRAK
- Calcitonin
- Thyreoglobulin
- Parathormon
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Szintigraphie:**

Unterschrift.

<b>Aufkleber</b>	Restaktivität Spritze: MBq
	Applizierte Aktivität  MBq

**Sonographie:**