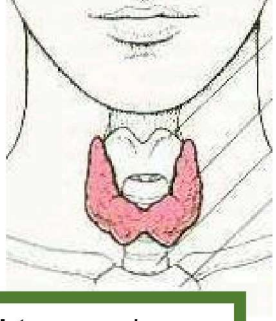
Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

Barcode

Anamneseblatt
Schilddrüsenunters.



	yes	no	unbek.
Pregnant	□	□	□
Breastfeeding	□	□	□
Isotopenunters.	□	□	□

Hight: _____ cm **Weight**: _____ kg

Phone number: _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mir zum Zwecke der medizinischen Diagnostik radioaktive Stoffe verabreicht werden.

Augsburg, ...
Datum Signature Patient

	Yes	*No*		*Yes*	*No*		*Yes*	*No*
Sweating (Schwitzen)	□	□	**Pressure on the Neck (Druckgefühl Hals)**	□	□	**Freezing (Frieren)**	□	□
Heartbeating (Herzklopfen)	□	□	**Difficulties swallowing (Schluckbeschwerden)**	□	□	**Drivelessness (Antriebslosigkeit)**	□	□
Nervousness (Nervosität)	□	□	**Enlargement of the neck (Hals dicker)**	□	□	**Fatigue (Müdigkeit)**	□	□
Trembling (Zittrigkeit)	□	□	**Cervical nodes (Knoten am Hals)**	□	□	**Hair loss (Haarausfall)**	□	□
Hot starvation (Heißhunger)	□	□	**Cervical pain (Schmerzen im Hals)**	□	□	**Dry Skin (Trockene Haut)**	□	□
Sleeping dirsorders (Schlafstörungen)	□	□	**Hoarseness (Heiserkeit)**	□	□	**Brittle Nails (Brüchige Nägel)**	□	□
Weight loss (Gewichtsabnahme) How many?	□	□	**Shortness of breath (Luftnot)**	□	□	**Weight gain? (Gewichtszunahme)** How many?	□	□
Diarrhea (Durchfall)	□	□				**Constipation (Verstopfung)**	□	□

Untersuchungstag:.....

	Yes	No
Actual TSH	□	□
How high? date?		
Thyroid Medication	□	□
Namen?Dose? Since when?		

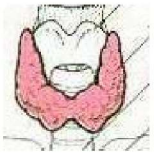
Fragestellung:.....

	Yes	No
Thyroid surgery/ Radioiodine therap/ Rasiation	□	□
When?		
Iodine contamination		
When?	□	□
What?		

	Yes	No
Cortisone	□	□
Aspirin/Ass/Clopidogrel	□	□
Marcumar/Heparin/Xarelto	□	□
Metformin z.B.Siofor	□	□
Amiodaton/Cordarex	□	□
Antiepileptika	□	□
Paspertin	□	□

Unterschrift MTA/MFA:_____

Procedere:



Bemerkung:
RR:
Puls:

BE	□
Urin Jod	□
Jod 24h	□
SD – Szinti	□
FNP	□
US-SD	□
US-Hals	□
Sonstiges	□