

Fragebogen | Schilddrüse

Datum _____

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Grund der Vorstellung _____

Überweisung durch _____

Unter welcher Telefonnummer sind Sie zu erreichen? tagsüber _____

Handy _____

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? Nein Ja, an: Hausarzt
 Überweiser
 Anderen Arzt

Name _____

Anschrift _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Internet
 Empfehlung anderer Ärzte
 Private Empfehlung

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden. Nein Ja

Vorerkrankungen/Operationen _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Hat Ihre Leistungsfähigkeit abgenommen? Nein Ja
 Klagen Sie über verstärkte Müdigkeit? Nein Ja
 Bemerkten Sie verstärktes Herzklopfen oder Herzrasen? Nein Ja
 Leiden Sie unter Haarausfall? Nein Ja
 Haben Sie an Gewicht zugenommen? Nein Ja, _____ kg
 Zeitraum? _____
 Haben Sie ungewollt Gewicht verloren? Nein Ja, _____ kg

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Schilddrüsenuntersuchung durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, wann und wo _____

Ist in der Familie eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Nein Ja

Falls ja, welche _____

Wurden Sie bereits an der Schilddrüse operiert Nein Ja, wann _____
Wo _____

Ist in der Familie ein Diabetes bekannt? Nein Ja

Bei Frauen: Ist Ihre Periode regelmäßig? Nein Ja

Welcher Zyklustag ist heute? (gezählt ab dem 1. Tag. der letzten Blutung) _____

Sind Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja

Falls ja, welche _____

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? _____

Unterschrift des Patienten/in