

Formular

Fragebogen Schilddrüse

Nummer: FO-23781 Gültig ab: Gültig ab

Datum: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Grund der Vorstellung: _____

Überweisung durch: _____

Wie können wir Sie kontaktieren? Telefon _____

E-Mail _____

Handy _____

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?

Formular

Fragebogen Schilddrüse

Nummer: FO-23781 Gültig ab: Gültig ab

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Hat Ihre Leistungsfähigkeit abgenommen? Nein Ja

Klagen Sie über verstärkte Müdigkeit? Nein Ja

Bemerken Sie verstärktes Herzklopfen oder Herzrasen? Nein Ja

Leiden Sie unter Haarausfall? Nein Ja

Haben Sie an Gewicht zugenommen? Nein Ja, _____ kg
In welchem 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

Formular

Fragebogen Schilddrüse

Nummer: FO-23781 Gültig ab: Gültig ab

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: _____