

Patientenetikett

Termine: 0221 88 84 80 - 60
info@praxis-im-koelntriangle.de

Privatsprechstunde: 0221 88 84 80 - 66
privattermin@praxis-im-koelntriangle.de

Abrechnung: 0221 88 84 80 - 41
abrechnung@praxis-im-koelntriangle.de

Schreibbüro: 0221 88 84 80 - 42
schreibbuero@praxis-im-koelntriangle.de

Case Management: 0221 88 84 80 - 43
casemanagement@praxis-im-koelntriangle.de

Schilddrüsenuntersuchung

Von Patient ggf. unter Mithilfe des Mitarbeiters auszufüllen

Sehr geehrter, lieber Patient,

info@praxis-im-koelntriangle.de
www.praxis-im-koelntriangle.de

Sie kommen in unsere Praxis um Ihre Schilddrüse untersuchen zu lassen und wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Um eine umfassende Diagnostik durchzuführen, entnehmen wir Ihnen zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktion eine Blutprobe. Des weiteren erfolgt eine Sonographie (Ultraschall) der Schilddrüse. Sollte bei Ihnen eine Schilddrüsenzintigraphie erforderlich sein, werden wir Ihnen eine geringe radioaktive Substanz intravenös injizieren (kein Kontrastmittel), die sich auf dem Blutweg in der Schilddrüse anreichert und nach einer kurzen Wartezeit aufgezeichnet werden kann.

Wir bitten Sie, folgende Fragen durch Markieren des Zutreffenden bzw. Streichen des Unzutreffenden zu beantworten:

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Schilddrüsenuntersuchung durchgeführt?

Erstuntersuchung überhaupt Erstuntersuchung bei uns Kontrolluntersuchung

Voruntersuchung wann? Wo? Befunde liegen – nicht – vor

2. Wurde eine Strumektomie (Schilddrüsenoperation) oder Bestrahlung der Halsorgane vorgenommen?

Nein Wenn Ja, wann? Wo?

3. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

Nein Ja Welches Präparat? Welche Dosis?

Heute auch heute nicht

4. Welche Beschwerden haben Sie?

Lokalbeschwerden:	Zunehmenden Halsumfang Druckgefühl Schluckbeschwerden Räusperzwang	Kloßgefühl Engegefühl Kratzen um Hals
Allgemeinbeschwerden:	vermehrtes Schwitzen Herzrasen Feuchte Hände Exophthalmus (hervortretende Augen)	Tremor (Zittern) Nervosität/Unruhe
Sonstige Beschwerden:		

5. Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zu- oder abgenommen, bei normaler Ernährung?

Nein zugenommen abgenommen wie viel? seit wann?

6. Liegen Schilddrüsenerkrankungen in der Familie vor ?

Nein Ja welche?

7. Sind andere Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Nein Ja welche?

8. Welche anderen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Keine

9. Besteht eine Schwangerschaft?

Nein letzte Periode: Antibabypille:

10. Vom Mitarbeiter zu messen:

Körpergewicht: Körpergröße: RR: Halsumfang:

Ich bestätige, obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter.

Datum

Hz. Mitarbeiter

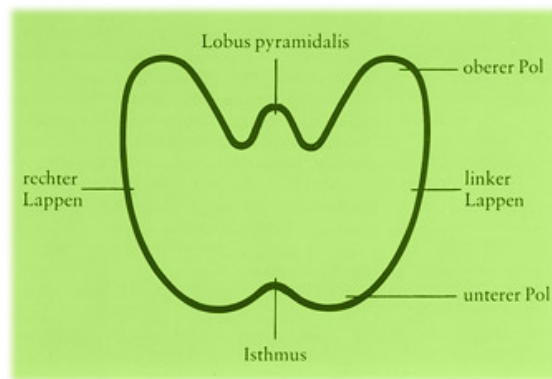
Untersuchungsbefund

Vom Arzt auszufüllen

Körpergewicht: Körpergröße: RR: Halsumfang:

Tastbefund: SD normal groß Struma I Struma II Struma III
 druckschmerzhaft konsistenzvermehrt derb
 schluckverschieblich Schwirren – nicht - auskultierbar

Knoten:



Halslymphknoten: - nicht - tastbar

Hände: warm kühl feucht trocken
 Tremor: feinschlägig grobschlägig

Augen: unauffällig
 E.o.I: Lichtempfindlichkeit Fremdkörpergefühl retrobulbäres Druckgefühl
 Lidretraktion seltener Lidschlag
 E.o.II: Lidschwellung, Konjunktivitis, Chemosis, periorbitale Schwellung
 E.o.III: Protrusio bulbi Exophthalmus
 E.o.IV: Doppelbilder Augenmuskelbeteiligung
 E.o.V: Hornhautaffektionen
 E.o.VI: Sehnervbeteiligung

n. Sektion Schilddrüse,

Pfannenstiel S. 211

Sonstiges: prätibiales Myxödem Heiserkeit Hauttrockenheit

Gesamteindruck: eothyreot hyperthyreot hypothyreot