

Name:	Geb.:
-------	-------

<input type="checkbox"/>		nein	ja
--------------------------	--	------	----

1.	Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?	○	○
----	---	---	---

	Wenn ja, welche und seit wann: Schilddrüsenmedikamentenpause?	○	○
	Wenn ja seit wieviel Wochen:		

	Oder nehmen Sie andere jodhaltige Medikamente (z.B. Amiodaron gegen Herzrhythmusstörungen) bzw. Hustensäfte, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	○	○
--	---	---	---

2.	Haben Sie jodhaltiges Desinfektionsmittel z.B. im Rahmen einer Operation im letzten ¼ Jahr bekommen?	○	○
----	--	---	---

3.	Wurde im letzten ¼ Jahr eine Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt? (z.B. CT, Nierenröntgen, Herzkatheter)	○	○
----	---	---	---

4.	Wurde die Schilddrüse schon operiert?	○	○
	Wenn ja, wann:		

5.	Wurde eine Radiojodtherapie durchgeführt?	○	○
	Wenn ja, wo und wann?		

6.	Haben Sie Beschwerden z.B.:		
	... Kloßgefühl?	○	○
	... Schmerzen im Halsbereich?	○	○
	... Gewichtszunahme	○	○
	... Gewichtsabnahme?	○	○
	... Schwitzen?	○	○
	... Herzrhythmusstörungen?	○	○
	... Haarausfall?	○	○
	... Unruhe?	○	○
	... Luftnot?	○	○
	... Durchfall?	○	○
	... Schlafstörung?	○	○
	... Bluthochdruck	○	○
7.	Sind Voruntersuchungen der Schilddrüse erfolgt (z. B. Szintigraphie, Sonographie und Laborwerte)?		