

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

		nein	ja
1.	Sind bei uns in Weimar Voruntersuchungen der Schilddrüse erfolgt (z. B. Szintigraphie, Sonographie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, wann?		
	Aktueller Laborwert (TSH)?		
2.	Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, welche und seit wann:		
	Schilddrüsenmedikamentenpause?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja seit wieviel Wochen:		
	Oder nehmen Sie andere jodhaltige Medikamente (z.B. Amiodaron gegen Herzrhythmusstörungen) bzw. Hustensäfte, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Haben Sie jodhaltiges Desinfektionsmittel z.B. im Rahmen einer Operation im letzten ¼ Jahr bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Wurde im letzten ¼ Jahr eine Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt? (z.B. CT, Nierenröntgen, Herzkatheter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Wurde die Schilddrüse schon operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, wann:		
6.	Wurde eine Radiojodtherapie durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, wo und wann?		
7.	Haben Sie Beschwerden z.B.:		
	... Kloßgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Gewichtsabnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Schwitzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Herzrhythmusstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Haarausfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... innere Unruhe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Luftnot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Schlafstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	... Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>