

Pat.-Nr.:

Datum:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum: Körpergewicht: kg

Tel.-Nummer:

Adresse:

Krankenkasse: Standardtarif: Ja Nein

Befund an:

Schilddrüsendiagnostik

Notwendige Informationen

	JA	NEIN
Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Hatten Sie die letzten Wochen eine Untersuchung mit iodhaltigem Kontrastmittel (z. B. CT-Untersuchung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie die letzten Wochen sehr iodhaltige Nahrung oder Medikamente zu sich genommen (z.B. Seefisch, Amiodaron etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Blutwertkontrolle?	<input type="text"/>	
Wann und wo war die letzte Kontrolle der Schilddrüsenlaborwerte?	<input type="text"/>	
<hr/>		
Haben Sie aktuelle Schilddrüsenlaborwerte dabei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit eine Erkrankung oder Therapie der Schilddrüse? Wenn ja, welche und wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Wann war die letzte Schilddrüsenkontrolle?	<input type="text"/>	
<hr/>		
Haben Sie Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Tumorerkrankungen, etc.)? Wenn ja, welche und seit wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Noch ein paar Fragen zur Schilddrüse

Hatten Sie in letzter Zeit eine der folgenden Symptome (bitte unterstreichen):

	JA	NEIN
Körpergewichtszunahme, <u>Körpergewicht</u> abnahme Wenn ja, wie viel und in welchem Zeitraum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
vermehrte Schwitzneigung, vermehrter Appetit, Haarausfall, Herzrasen, Unruhe, Schlafstörungen, Wassereinlagerungen in den Beinen, Stuhlgangprobleme, Halsbeschwerden, Augenbeschwerden		
Gab es in Ihrem Verwandtenkreis bereits Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Gibt es ansonsten von Ihrer Seite irgendwelche gesundheitlichen Auffälligkeiten, Änderungen etc.? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Haben Sie über das Blut übertragbare Krankheiten (HIV, Hepatitis B/C, TBC)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-Nr.:
Datum:

Nachname:
Vorname:
Geb.-Datum: Körpergewicht: kg
Tel.-Nummer:
Adresse:
Krankenkasse: Standardtarif: Ja Nein
Befund an:

Einverständniserklärung Schilddrüsendiagnostik

Bei Ihnen soll im Rahmen der Schilddrüsenprechstunde (Schilddrüsenambulanz) Ihre Schilddrüse abgeklärt werden. In diesem Rahmen wird üblicherweise eine Schilddrüsen-sonographie und je nach Fragestellung eine Schilddrüsen-szintigraphie durchgeführt werden. Ebenfalls benötigen wir aktuelle Schilddrüsenlaborwerte sowie ggf. Blutwerte. Bitte halten Sie diese Unterlagen bereit.

Die Schilddrüsen-sonographie dient zur Bestimmung des Schilddrüsenvolumens, der Schilddrüsenstruktur, von etwaigen Schilddrüsenknoten, der Lymphknoten und der Halsweichteile. Die Schilddrüsen-szintigraphie ist eine Untersuchung der Schilddrüse zur Bestimmung des Stoffwechsels und der Funktion der Schilddrüse. Mit dieser Methode können krankhaft gesteigerte und krankhaft verminderte Areale und Knoten der Schilddrüse sicher dargestellt und quantifiziert werden.

„Kalte Knoten“ können dabei in 8–10% der Fälle bösartige Schilddrüsentumore sein. Schilddrüsenautonomen und autoimmunen Erkrankungen wie M. Basedow zeigen typischerweise einen erhöhten Stoffwechsel („heiße Knoten“). Das Ergebnis ist somit entscheidend für eine weitere ggf. erforderliche Therapie bzw. weitere Optimierung einer bereits eingeleiteten Therapie.

Für die Untersuchung wird eine radioaktive Substanz (70–75 MBq Tc-99m-Perthelnetat) in die Vene gespritzt. Die Dosis ist sehr gering und wird schnell und kurzzeitig von der Schilddrüse aufgenommen. Aufgrund der kurzen Halbwertszeit (6 Stunden) ist die Substanz nach kurzer Zeit wieder abgebaut. 20 Minuten nach Injektion der Substanz erfolgt eine Aufnahme der Schilddrüse an einer Kamera. Hierzu sitzen Sie mit zurückgelegtem Kopf für ca. 8 Minuten vor der Kamera.

Weitere ausführliche Informationsmaterialien finden Sie im Wartebereich. Bei etwaigen Fragen wenden Sie sich bitte direkt an das Praxisteam.

Ich willige in die Untersuchung **ein**.

und bin auch damit einverstanden, dass der betreffende Untersuchungsbefund, auch an weitere Ärzte, BG's oder Krankenkassen übermittelt werden darf. Gemäß §73Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnde Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln.

Ich möchte eine Kopie von diesem Bogen.

Nein, ich möchte keine Kopie.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter

Unterschrift Arzt