

<b>Internuk Panschwitz</b>	<b>Formblatt</b>			
	Fragebogen Schilddrüsenszintigraphie			
	DokNr: NFB003	Version 04	Gültig ab 07.07.22	Seite 1 von 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bei Ihnen soll eine Schilddrüsenuntersuchung stattfinden. Zur Klärung Ihres Krankheitsbildes werden wir heute eine Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse, ein Szintigramm oder beides durchführen. Bei der Szintigraphie spritzen wir Ihnen eine gering radioaktiv markierte Substanz in die Vene. 20 Minuten später erstellen wir an der Gammakamera ein Funktionsbild der Schilddrüse (Dauer 5 Minuten). Die Substanz wird später über die Nieren Ihren Körper verlassen. Trinken Sie heute ausreichend. Die Untersuchung hat keine Nebenwirkungen (auch nicht bei Nierenfunktionsstörungen oder Dialyse-Pat.). Sie müssen nichts beachten.

**Bitte zutreffendes ankreuzen!**

**Vor- und Zuname:**

**Geb.-Datum:**

**Telefon-Nr.:**

**Größe:**

**Gew.:**

Waren Sie schon einmal in unserer Praxis oder einer anderen nuklear-  
medizinischen Praxis? Evtl. in welcher Praxis ja  nein

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? ja  nein   
Name des Medikamentes, Dosierung:

Haben Sie die Schilddrüsenmedikamente vor Schilddrüsenszintigraphie  
abgesetzt? ja  nein

Nehmen Sie weitere Medikamente ein? ja  nein   
Name der Medikamente:

Haben Sie in den letzten 3 Monaten im Rahmen einer Röntgen- oder CT-Untersuchung Kontrastmittel  
erhalten? ja  nein

Wurde bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht: z. B. Ultraschall oder spezielle  
Laboruntersuchungen? ja  nein

Wurden bei Ihnen eine Schilddrüsenoperation oder Radiojodtherapie  
durchgeführt? Wenn ja: wann und wo? ja  nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein   
Stillen Sie? ja  nein

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Beschwerden Sie in letzter Zeit bei sich bemerkt haben:

Schluckbeschwerden/Druck im Halsbereich: <input type="checkbox"/>	Unregelmäßiger Herzschlag: <input type="checkbox"/>
Unruhe, Zittern: <input type="checkbox"/>	Herzrasen: <input type="checkbox"/>
vermehrtes Schwitzen: <input type="checkbox"/>	Gewichtsveränderungen: <input type="checkbox"/>
Augenbeschwerden: <input type="checkbox"/>	Haarausfall: <input type="checkbox"/>
Müdigkeit/Konzentrationsstörungen: <input type="checkbox"/>	Schmerzen in der Schilddrüse: <input type="checkbox"/>

Über den Ablauf und Zweck der Untersuchung bin ich ausreichend aufgeklärt worden.

Bin mit der Untersuchung: **Einverstanden**

Nicht einverstanden

Datum: **Unterschrift:**

Unterschrift Arzt/Mitarbeiter: