

## Anamnesebogen Schilddrüse

### Grund der Vorstellung / Beschwerden

Keine Beschwerden <input type="checkbox"/>	Frieren <input type="checkbox"/>	Schwitzen <input type="checkbox"/>	Herzrasen <input type="checkbox"/>
Müdigkeit <input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme <input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/>	Haarausfall <input type="checkbox"/>
Leistungsknick <input type="checkbox"/>	Müdigkeit, Verlangsamung <input type="checkbox"/>	Unruhe, Reizbarkeit <input type="checkbox"/>	Krämpfe <input type="checkbox"/>
trockene Haut <input type="checkbox"/>	Schlafbedürfnis <input type="checkbox"/>	Schlafstörungen <input type="checkbox"/>	Globusgefühl <input type="checkbox"/>
raue Stimme <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	Heißhunger <input type="checkbox"/>	Luftnot <input type="checkbox"/>

### Verlauf der Beschwerden:

.....

.....

.....

.....

### zur Person:

Größe:

Alter:

BMI:

Aktuelles Gewicht:

Gewichtsveränderung in den letzten 6 Monaten:

Aktuell schwanger: ja / nein

Periode regelmäßig: ja / nein

keine Periode seit:

heute wievielter Zyklustag:

letzte Periode am:

Pille: ja / nein

**Frühere Schilddrüsenerkrankungen (incl. Behandlungen, OPs und Ergebnissen)**

.....

.....

.....

.....

**Schilddrüsenerkrankungen in der Familie**

.....

.....

**Aktuelle Medikation (Name, Dosis):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Jodexposition**

CT mit Kontrastmittel

Amiodaron

jodhaltige Desinfektionsmittel (OP)

**Mitbehandelnde Ärzte:**

Hausarzt:

.....

Labor

Sonographie

Internist / Endokrinologe:

.....

Histologie

Labor

Sonographie

HNO:

.....

Histologie

Labor

Sonographie

Nuklearmedizin / Radiologie:

.....

Szintigraphie

Labor

Sonographie