

FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN, DIE SCHON EINMAL BEI UNS UNTERSUCHT WORDEN SIND

Aktuelle lokale Beschwerden im Halsbereich?

ja nein

(z. B. Kloßgefühl, Schmerzen, Luftnot, Schluckbeschwerden, Heiserkeit)

Welche? _____

Wurde **seit der letzten Untersuchung bei uns** Ihre Schilddrüse untersucht?

ja nein

Bei wem? _____ Wann? _____

Diagnose? _____

Behandlung?

ja nein

Durch: Op, RJT, Medikamente?

ja nein

Aktuelle allgemeine Beschwerden. Haben sich bei Ihnen zuletzt folgende Symptome eingestellt?

Gewichtsabnahme?

ja nein

Wieviel kg? _____

Welcher Zeitraum? _____

Vermehrtes Schwitzen?

ja nein

Innere Unruhe?

ja nein

Herzjagen?

ja nein

Wärmeempfindlichkeit?

ja nein

Vermehrter Stuhlgang?

ja nein

Haarausfall?

ja nein

Augenbeschwerden?

ja nein

(z. B. Tränen, Jucken, geschwollene Lider,
hervortretende Augen, Doppelbilder)

Welche? _____

Gewichtszunahme?

ja nein

Wieviel kg? _____

Welcher Zeitraum? _____

Trockene Haut?

ja nein

Trägheit?

ja nein

Müdigkeit?

ja nein

Frieren Sie leicht?

ja nein

Verstopfung?

ja nein

Für Frauen:

„Pille“ oder Östrogene?

ja nein

Präparat? _____

Datum der letzten Periode: _____

Schwangerschaft?

ja nein

Welche SSW? _____

Name und Menge der z. Zt. eingenommenen Medikamente:

Keine Veränderung gegenüber der letzten Untersuchung.

Bitte nennen Sie weitere Beschwerden/Krankheiten (seit der letzten Untersuchung bei uns):

Keine Veränderung gegenüber der letzten Untersuchung.

Befinden unter Therapie	Verbesserung	keine Änderung	Verschlechterung
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigung zu Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-/Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauttrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libido/Potenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung bezüglich meiner persönlichen Daten:

Wir erbitten Ihr Einverständnis für folgende Vorgänge:

1. Die persönlichen Angaben werden in der praxisinternen EDV gespeichert.
2. Der Befundbericht wird durch ein angeschlossenes medizinisches Textverarbeitungsbüro erstellt.
3. Alle notwendigen Daten zur Rechnungsstellung werden an die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) Limburg/Lahn weitergegeben.
4. Andere Ärzte können beauftragt werden, z.B. zur Beurteilung von Punkttaten, Durchführung von Laboruntersuchungen.
5. Ihre behandelnden Ärzte können Befundberichte bei uns anfordern.

Wir sowie von uns beauftragte Dritte gewährleisten den Datenschutz gemäß der ärztlichen Schweigepflicht bzw. gemäß § 5 BDSG.

Ich habe das Vorstehende gelesen und erkläre mein Einverständnis.

Datum _____ Unterschrift _____