

FRAGEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN

Zur Vorbereitung Ihres ersten Besuches in unserer Praxis bitten wir um Beantwortung dieses Fragebogens.

A. Persönliche Daten

1 Name: _____ Vorname: _____
 ggf. Beruf: _____ Geb.-Dat.: _____
 Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
 Fon: privat (_____) beruflich (_____)
 Fax: (_____) e-mail: _____

2 Krankenversicherung: _____ Beihilfe? ja nein
 Krankenversicherung der Bundesbahn KVB 1 KVB 2 KVB 3 KVB 4
 Postbeamtenkrankenkasse Post B

3 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 Punktatzen, 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

- 4 **Vorbefunde:** Bitte bringen Sie diesen Fragebogen und – wenn vorhanden – auch **Kopien der Befunde vorausgegangener Schilddrüsenuntersuchungen** einschließlich der dabei erhobenen Laborwerte und ggf. der Ultraschall-, Szintigraphie-, Röntgen- und Kernspintomographie-Aufnahmen zur Untersuchung mit. Sie ersparen damit evtl. überflüssige Untersuchungen und helfen uns, den Krankheitsverlauf besser zu beurteilen.

16 Frühere Krankheiten und Operationen (außer Schilddrüsenkrankheiten):

Jahr:	

17 Bitte geben Sie **alle Medikamente** an, die Sie z. Zt. einnehmen (einschl. Antibaby-Pille, gynäkologische Hormone, Vitamin-Präparate, homöopathische Mittel, evtl. jodhaltige Zahncreme, Aufbaumittel für ältere Menschen etc.):

Name des Medikamentes	Dosis	Name des Medikamentes	Dosis

18 Genussmittel: Kaffee? (Tassen/Tag) _____ Nikotin? (Art, Anzahl/Tag) _____
 Tee? (Tassen/Tag) _____ Alkohol? (Art, Menge/Tag) _____

19 Weitere Informationen, Krankheiten und Beschwerden, die nicht die Schilddrüse betreffen und die Sie für wichtig halten:

20 Für Frauen:

Datum der letzten Regelblutung: _____ Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? ja nein
 Bestehen Menstruationsstörungen? ja nein Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unbestimmt
 Geburten:

Datum	Normalgeburt	Kaiserschnitt	Fehlgeburt

21 Für Eltern und Kinder:

Wird im Haushalt jodhaltiges Speisesalz verwendet? ja nein
 Geben Sie Ihrem Kind/Ihren Kindern Jodid-Tabletten? ja nein

22 Datum: _____ Unterschrift: _____

B. Ärztliche Fragen vor der Schilddrüsenuntersuchung

5 Welche Fragestellung ist Anlass für die Konsultation?

6 Kreuzen Sie bitte jeweils eine der Antworten an:

	Ja, schon immer	In letzter Zeit vermehrt	Gelegentlich	Nein
Verspüren Sie Kloß- oder Engegefühle im Halsbereich?				
Haben Sie eine Abneigung gegen hochschließende Kleidung?				
Haben Sie Luftnot – in Ruhe?				
– bei körperlicher Belastung?				
Bemerken Sie ein Anschwellen der Halsregion bei Aufregung?				
Haben Sie Schmerzen im vorderen Halsbereich?				
Neigen Sie zu Nervosität und Reizbarkeit?				
Fühlen Sie sich innerlich unruhig?				
Bestehen Schlafstörungen?				
Neigen Sie zu Schwitzen?				
Haben Sie vermehrten Stuhlgang?				
Besteht ein Bluthochdruck?				
Neigen Sie zu Überaktivität?				
Beobachten Sie einen schnellen Pulsschlag?				
Haben Sie gesteigerten Appetit?				
Fühlen Sie sich müde und träge?				
Neigen Sie zu depressiver Stimmungslage?				
Frieren Sie vermehrt?				
Neigen Sie zu Stuhverstopfung?				
Neigen Sie zu niedrigem Blutdruck?				
Besteht Haarausfall?				
Ist Ihre Haut trocken und spröde?				
Sind Ihre Fingernägel brüchig?				
Beobachten Sie eine Leistungsminderung?				
Ist der Pulsschlag langsamer geworden?				
Ernähren Sie sich bewußt jodreich (z. B. Seefisch, Jodsalz in Nahrungsmitteln)?				

7 Hat sich Ihr Körpergewicht in letzter Zeit ungewollt verändert? Ab- / zugenommen ?

Wenn ja, um wieviel kg? _____ und in welchem Zeitraum? _____

8 Haben Sie Beschwerden im Bereich der Augen? Z. B. Schwellung der Augenlider, Augentränen, Augenjucken, Hervortreten der Augen, verschwommenes Sehen, Doppelsehen (Zutreffendes bitte unterstreichen).

Sonstige Augen-Beschwerden: _____

9 In welcher Gegend sind Sie aufgewachsen? _____

Ist bei blutsverwandten Familienmitgliedern eine Schilddrüsenkrankheit bekannt? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

Welche Krankheit? (Kropf, Überfunktion, Unterfunktion, Entzündung, Krebs?) _____

10 Wurde Ihre Schilddrüse schon einmal untersucht?

Wann?	Diagnose?	Behandlung? (Medikamente, Operation, Bestrahlung?)

11 Wurde bei Ihnen bereits eine nuklearmedizinische Untersuchung mit radioaktiven Substanzen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? (Jahr) _____ Welches Organ? _____

12 Wurde schon einmal eine Behandlung mit radioaktiven Substanzen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? (Jahr) _____ Welches Organ? _____

Wurde schon einmal eine (Röntgen-) Strahlentherapie durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? (Jahr) _____ Welches Organ? _____

Grund: _____

13 Erhielten Sie in letzter Zeit jodhaltige Röntgenkontrastmittel (z. B. zur Untersuchung der Nieren, Galle, Blutgefäße u. a.)?

Jahr	Untersuchung

14 Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? _____

15 Ist eine Blutgerinnungsstörung bekannt? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Marcumar)? _____
