hormonexpert®

Diabetes
Schwerpunktpraxis

Zentrum für Schilddrüsen-Erkrankungen

**Gemeinschaftspraxis**
Dr. med. Gerhard Eberlein
& Kollegen

## Fragebogen Neupatient - Schilddrüse

Die folgenden Fragen helfen uns, alle relevanten Informationen für Ihre Behandlung zu erfassen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ Vorname: _____ geb.am.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Privat: _____ Tel.-Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf/Tätigkeit: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Hausarzt: _____

Teilnahme an Hausarztzentrierter Versorgung (HZV): □ ja □ nein

Elektronische Patientenakte (ePA)? □ ja □ nein

### Anamnesebogen Schilddrüse (Zutreffendes ankreuzen, ggf. weitere Angaben)

Beschwerden: □nein (Routinekontrolle) □ ja

Schilddrüsenerkrankung bekannt? □nein □ ja, welche: _____

Müdigkeit: □nein □ ja, seit: _____

Schlafstörungen: □nein □ ja, seit: _____

Unruhe/Nervosität: □nein □ ja, seit: _____

Vermehrtes Schwitzen: □nein □ ja, seit: _____

Häufige Verstopfung: □nein □ ja, seit: _____

Häufiger Durchfall: □nein □ ja, seit: _____

Herzrhythmusstörungen □nein □ ja, seit: _____ (Herzrasen, Herzstolpern)

Heiserkeit: □nein □ja, seit: _____

Druckgefühl am Hals/Kloßgefühl: □nein □ ja, seit: _____

Atemnot: □nein □ ja, seit: _____

Schluckbeschwerden: □nein □ ja, seit: _____

Kürzlich/aktuell erkältet? □nein □ ja, seit: _____

Andere Beschwerden: _____

Aktuell: Gewicht: ____ kg, Größe: _____cm

Erhebliche Gewichtszunahme: □nein □ ja, _____kg/_____Mon.

Erhebliche Gewichtsabnahme: □nein □ ja, _____kg/_____Mon.

Rauchen Sie? □nein □ ja, wie viel? Zigaretten/Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? □ nein □ ja, wieviel: _____

**Bitte Seite 2 beachten**

## Fragebogen Neupatient - Schilddrüse

Name: _____ Vorname: _____ geb.am.: _____

**Weitere Erkrankungen:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ Herz | □ Blutdruck | □ Niere | □ Lunge |
| □ Schlaganfall | □ Leber | □ Schilddrüse | □ Durchblutungsstörungen |
| □ Bauchspeicheldrüse | □ Depressionen | □ Wirbelsäule | □ Implantate |
| □ sonstige | | | |

Nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente ein? □nein □ ja, welche: _____

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

_____

_____

Haben Sie Kontrastmittel bekommen? □nein □ja, wann: _____ z.B. bei einer CT oder Herzkatheter-Untersuchung.

Bitte legen Sie einen vollständigen Medikamentenplan (möglichst bundeseinheitlicher Medikamentenplan) vor.

Bayreuth, den _____ Unterschrift Patient: _____