



Dr. med. René Schimke  
FA für Diag. Radiologie u. Nuklearmedizin

Dr. med. Christoph Sommergruber  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Dr. Christoph Weiß  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Werastraße: Röntgen, Mammogr., Sonogr., Kernspintomogr. (MRT), Computertomogr. (CT),  
Strahlentherapie, Schmerztherapie      Klinikum FN: Nuklearmedizin

www.radiologie-friedrichshafen.de

## Schilddrüsenszintigraphie

Voruntersuchungen der Schilddrüse (Szintigraphie/Sonographie): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wann ? _____	Wo ? _____
Diagnose: _____	
An welcher/n Erkrankung(en) oder Funktionsstörung(en) der Schilddrüse leiden oder litten Sie (z. B. Über-/Unterfunktion, Entzündung, Struma/Kropf/Drüsenschwellung, Tumor gutartig/bösartig)?	
Bezeichnung: _____	Wann? _____ (Monat/Jahr)
Geben Sie Ihre Hauptbeschwerden an:	
Folgende Beschwerden können im Zusammenhang mit einer Schilddrüsenerkrankung auftreten: <b>(bitte zutreffendes unterstreichen)</b> Herzrasen – Herzrhythmusstörungen verstärktes Schwitzen innere Unruhe Nervosität -- verstärktes Zittern der Hände gehäuft Stuhlgang Appetit verstärkt verstärktes Wärmegefühl -- Gewichtsabnahme (wenn ja) wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum: ____ kg ____ Monate __ Jahre Appetitlosigkeit kalte Hände und Füße verstärktes Frieren trockene Haut Verstopfung -- Antriebslosigkeit Müdigkeit verstärkte Wassereinlagerung (Schwellung) depressive Stimmungslage langsamer Pulsschlag Schlafstörungen -- Gewichtszunahme (wenn ja) wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum: ____ kg ____ Monate __ Jahre Kloßgefühl oder Fremdkörpergefühl im Halsbereich Luftnot in Ruhe oder unter körperlicher Belastung mit Engegefühl im Halsbereich Schluckstörungen Veränderung der Stimme verstärkte Heiserkeit Abneigung gegen hochschließende Kleidung Schmerzen im Bereich der Schilddrüse Veränderungen an den Augen verstärkte Augenreizungen	
Nehmen sie Schilddrüsenmedikamente ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
(wenn ja) welche: _____ (mit täglicher Dosierung) und seit wann: _____	
oder Schilddrüsenmedikament abgesetzt seit: _____	
Haben Sie Schilddrüsenmedikamente früher eingenommen ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welches Präparat: _____ von: _____ bis: _____	
Andere Schilddrüsenbehandlungen? z. B. Radiojodtherapie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (wann: _____)	
z. B. Schilddrüsenoperation ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (wann: _____)	
Erhielten Sie in letzter Zeit jodhaltige Röntgenkontrastmittel (z. B. zur Untersuchung der Nieren, Galle, Blutgefäße, Computertomographie, Herzkatheter u. a.)? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (wann: _____)	
Ist bei blutsverwandten Familienmitgliedern eine Schilddrüsenkrankheit bekannt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche Krankheit? (Kropf, Überfunktion, Unterfunktion, Entzündung, Krebs?)	
<b>Für Frauen im gebärfähigen Alter:</b>	
Nehmen Sie die „Pille“ oder andere weibliche Hormone ein ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Bestehen Menstruationsstörungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Besteht eine Schwangerschaft ?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ihr Einverständnis vorausgesetzt wird der Zugang von entsprechend geschultem Personal gelegt.	
Wir bitten um Ihr Verständnis, dass im Allgemeinen nach der Untersuchung kein Ergebnis mitgeteilt werden kann, da pro Untersuchung sehr viele Bilder ausgewertet und z. T. auch nachbearbeitet werden müssen. Ggf. ist auch ein Vergleich vorausgegangener Untersuchungen notwendig.	

**Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Untersuchung ein.**

Friedrichshafen, den ??

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_