



Radiologie Herford Wiesestraße

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Warum soll die Schilddrüse heute untersucht werden?

Gibt es bei Ihnen Auffälligkeiten bezüglich:

Herzfunktion (Herzrhythmusstörungen; Herzrasen)

ja nein

Unruhe

ja nein

Müdigkeit

ja nein

Schwitzen

ja nein

Frieren

ja nein

Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme

ja nein

Bitte geben Sie ihr aktuelles Gewicht an: _____ kg

Ist die Schilddrüse vorher schon einmal untersucht worden?

ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert?

ja nein

Wenn ja, wann?

Wurde die Schilddrüse im Krankenhaus mit radioaktivem Jod behandelt?

ja nein

Wenn ja, wann und wo?

Nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente ein?

ja nein

Name des Medikamentes:

Wenn ja, nehmen Sie die Tabletten regelmäßig?

ja nein

Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Monaten
ein Röntgenkontrastmittel in die Vene gespritzt?

ja nein

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden

Datum..... Unterschrift.....

Für Patientinnen:

Eine Nuklidgabe kann das ungeborene Leben schädigen und eine Schwangerschaft negativ beeinflussen. Sie darf daher bei Schwangeren nicht durchgeführt werden.

Erklärung:

In Kenntnis dieser Umstände erkläre ich mich mit der geplanten Untersuchung einverstanden, da ich bei mir eine Schwangerschaft ausschließe.

Hiermit werde ich über die Möglichkeit eines vorherigen Schwangerschaftstestes informiert, halte diesen jedoch nicht für erforderlich.

Nehmen Sie die Pille oder andere Hormontabletten?

ja nein

Stillen Sie zurzeit?

ja nein

Datum

Unterschrift

TR	W
----	---

SZ	
Sono	
Nr.	
Zeit	
Punktion	

T4 TSH	
T3 T4 TSH	
AK	
Tumormarker	

MBq	
ges. Uptake	
re.	
li.	

