

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Aktueller TSH Wert: _____

Schilddrüsen-Medikation: Nein Ja

welche: _____ ggf. bis wann? _____

Ultraschalluntersuchung: Nein Ja _____

SD-Szinti Voruntersuchung: Nein Ja _____

Bisherige Therapie (Schilddrüsen-OP, Radioiodtherapie)

was: _____ wann? _____

Jodhaltiges Kontrastmittel bekommen (CT, Herzkatheter) Nein Ja wann? _____

Cortisonhaltige Medikamente: Nein Ja

Metformin: Nein Ja

Schwangerschaft Nein Ja

Welche Beschwerden haben Sie? _____
