MVZ Kompetenzzentrum für Radiologie und Nuklearmedizin boos-moog GmbH Krankenhausstr. 70 • 85276 Pfaffenhofen Högenauer Weg 5 • 86529 Schrobenhausen

NUK SD-Anamnesebogen (V1 - 02/2021)



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, Herzkath	eter) Nein 🗖	Ja □ wann?	
Cortisonhaltige Medikamente:		Nein □	Ja □
Metformin:		Nein □	Ja □
Schwangerschaft		Nein □	Ja □
Welche Beschwerden haben Sie?			