MVZ Klinikum Nordfriesland GmbH – Erichsenweg 16 – 25813 Husum

Klinik Husum - Radiologie

KLINIKUM Nordfriesland
MVZ PRAXEN

Name:

Geburtsdatum:

PD Dr. Caroline Jung / Radiologie
Dr. Christian Müller / Radiologie
Claus Kullen / Radiologie
Tel.: 04841 660-1265 / Fax: -1213
Dottore Anita Wuttge-Hannig / Nuklearmedizin
Ltd Ärztin im Angestelltenverhältnis

www.mvz-nf.de
www.klinikum-nf.de

Untersuchungsablauf der Schilddrüsenszintigraphie

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

für die Schilddrüsenszintigraphie bekommen sie eine geringe Menge radioaktiver Flüssigkeit in die Armvene injiziert. Ca. 15 Min nach dieser Spritze wird das Szintigramm sitzend an einer Gammakamera durchgeführt. Die Untersuchung dauert ca. 10 Minuten. Da die Szintigraphie die Funktion des Schilddrüsengewebes darstellt, ist zur exakten Diagnosestellung der Vergleich mit der Ultraschalluntersuchung nötig, bei der die Struktur der Schilddrüse abgebildet wird.

Der Bericht wird an den überweisenden ärztlichen Kollegen geschickt, sobald er fertig ist.

	Ja	Nein
Bestehen bei Ihnen Infektionskrankheiten?		
Sind Sie Schwanger oder am Stillen?		
Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?		

Die o.g. Information habe ich gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit in die geplante Untersuchung ein.

Husum den, _____ _____ _____
Unterschrift Unterschrift Arzt/Ärztin

Name:

Schilddrüsenanamnesebogen

zutreffendes (sofern bekannt) bitte einkreisen

Aktuelle Anamnese:

Nervosität:	ja / nein
Schlafstörungen:	ja / nein
Schwitzen:	ja / nein
Gewichtsverlust:	ja / nein
Kg in welcher Zeit:	_____
Durchfall:	ja / nein
Haarausfall:	ja / nein
Hauttrockenheit:	ja / nein
Verstopfung:	ja / nein
Gewichtszunahme:	ja / nein
Kg in welcher Zeit:	_____
Größenzunahme SD:	ja / nein

SD-Medikation:

L-Thyroxin:	ja / nein
Dosis:	µg / tgl.
Thyreostatikum:	ja / nein
Präparat:	_____
Dosis:	µg /tgl.
Jodtablette:	ja / nein
Dosis:	µg / tgl.

Weitere Medikation:

Allgemeinbefund:

Größe:	cm
Gewicht:	kg
RR:	mm Hg
Puls:	/ min.
Rhytmisch:	ja / nein
Absolut arrhythmisch:	ja / nein
Extrasystolen:	ja / nein
Tremor:	ja / nein
Feuchte Hände:	ja / nein

Augenbeschwerden:

Exophthalamus:	ja / nein
Lidschwellung:	ja / nein
Conjunktivitis:	ja / nein
Doppelbilder:	ja / nein
Visusverlust:	ja / nein
EO (Werner)	1 2 3 4 5 6
Hertel:	
L:	
R:	
Basis:	

Kardiale Symptome:

Herzschlag:	normal schnell arrythm.
Herzenge:	ja / nein
Luftnot	ja / nein

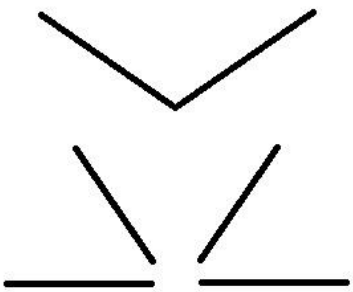
Halsbeschwerden:

Fremdkörpergefühl	ja / nein
Schluckbeschwerden	ja / nein

Jodkontamination:

Kontrastmittel, Augentropfen,

Desinfektionsmittel, Amiodaron



Lokalbefund:

Struma (Grad I -II)	_____
weich / hart	ja / nein
Knoten:	ja / nein
schluckverschieblich:	ja / nein
Substernale Anteile:	ja / nein
Narbe:	ja / nein
	reizlos / gerötet
Cervikale LK:	ja / nein
Halsumfang:	cm