

Fragebogen - Schilddrüsenerkrankungen

Kunde

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>	Antragsnummer	<input type="text"/>

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse: cm Gewicht: kg Datum:

Blutdruck: mmHg systolisch / mmHg diastolisch Datum:

Raucher/Raucherin: Nein Ja Falls ja, was? Anzahl/Tag?

Hat früher geraucht: nein ja Seit wann nicht mehr? E-Zigaretten: nein ja

Diagnose:

Datum der Diagnose: Datum der letzten Konsultation:

Hyperthyreose

Morbus Basedow: stabile Grösse, seit wann:

Solitärer Schilddrüsenknoten: stabile Grösse, seit wann:

hyperfunktionell (heiss) hypofunktionell oder normal (kalt)

Hashimoto-Thyreoiditis andere Thyreoiditis:

Hypothyreose

Euthyreose

Struma: toxisch nicht toxisch multinodosa

Tumor, welche Art? TNM-Stadium:

Sonstiges:

Liegen folgende Probleme vor:

- Vorhofflimmern
- Anzeichen von Herzinsuffizienz
- anhaltende Anzeichen von Kretinismus
- Augenbeteiligung bei Schilddrüsenerkrankung

Sonstiges:

Medikamentöse Behandlung:

Welche? Seit wann:

Therapiecompliance: Gut Schlecht

unterbrochen seit:

Begründung:

Chirurgische Behandlung:

nein ja

Datum:

Welche?

Folgen:

In den letzten 12 Monaten durchgeführte Untersuchungen:

Schilddrüsen-
funktionstest

Ergebnis: normal

Datum:

auffällige Werte

T3:

T4:

TSH:

Ruhe EKG

Ergebnis: normal

auffällig

Datum:

Ergometrie

Ergebnis: normal

auffällig

Datum:

Lipidmessung

Dyslipidämie: nein

ja

Datum:

Gesamtcholesterin: mmol/l

HDL-Cholesterin: mmol/l

Triglyceride: mmol/l

Welche Behandlung?

Seit wann?

Sonstiges:

Datum:

Ergebnisse:

Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.