

Guten Tag,

wir würden uns freuen, wenn Sie uns ein paar Fragen zur
Behandlungs- und Therapiezufriedenheit beantworten würden.



Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1. **Patient:** männlich weiblich Alter Jahre
2. Grund des Arztbesuchs bei Erstdiagnose:
3. Was ist Ihre Diagnose? Hashimoto Basedow
heiße Knoten kalte Knoten Schilddrüsenkrebs
Schilddrüsen-Vergrößerung
4. Wann wurde die Diagnose gestellt (**Jahr**)? durch Hausarzt Facharzt
5. Was waren Ihre Hauptsymptome bei Erstdiagnose - siehe Liste
6. Wann wurde die Therapie eingeleitet nach Wochen Monaten Jahren
7. Kam es unter der Therapie damals zur Besserung der Beschwerden Ja Nein
8. Welche Therapie bekommen Sie aktuell? Thyroxin Jodid Jodid+Thyroxin
Thyreostatikum/SD-Hemmer Selen
9. Fühlen Sie sich damit richtig eingestellt? Ja Nein
- 9a **Bei Nein:**
Was sind Ihre Hauptbeschwerden – siehe Liste
10. Kennen Sie Ihren TSH-basal-Wert? Ja Nein
11. Wie häufig finden Blutuntersuchungen statt? im Jahr
12. Wie häufig finden bildgebende Kontrollen statt? im Jahr
13. Werden die Befunde mit Ihnen erörtert? Ja Nein
14. Bekommen Sie Ablichtungen Ihrer Befunde? Ja Nein
15. Informieren Sie sich über Bücher? Ja Nein
16. Informieren Sie sich über das Internet? Ja Nein
17. Haben/Halten Sie Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe? Ja Nein

18.	Hatten Sie schon einmal eine Unterfunktion?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
18a	Bei Ja:				
	Müssen Ihre Schilddrüsenhormon-Dosierungen oft geändert werden?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
18b	Bei Ja:				
	Was sind die häufigsten Gründe/Beschwerden dafür?.....				
				
18c	Wie erfolgte die Anpassung?.....				
				
18d	Wäre es für Sie hilfreich, wenn es Dosierungen der Schilddrüsenhormontabletten in kleineren Schritten als 25 Mikrogramm gäbe?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

19.	Haben Sie eine Autoimmunkrankheit (M. Basedow/Hashimoto)?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
19a	Bei Ja:				
	Wurden auch andere Autoimmunerkrankungen bei Ihnen abgeklärt?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
19b	Bei Ja:				
	Wurden auch blutsverwandte Familienmitglieder untersucht?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

20.	Sind Sie an der Schilddrüse operiert?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
20a	Bei Ja:				
	Kennen Sie Ihren TSH-Wert vor Operation?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
20b	Bei Ja:				
	Entspricht der jetzige TSH-Wert diesem Wert vor Operation?	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

Liste mit Beschwerden einer **Überfunktion**:

Unruhe, Reizbarkeit
 Herzrasen
 Schwitzen
 Durchfall
 Gewichtsabnahme
 Dünnes Haar
 Zyklusstörungen
 Halsbeschwerden (Druck/Kloßgefühl)

Liste mit Beschwerden bei **Unterfunktion**:

Antriebsmangel, Müdigkeit
 Depressivität
 Frieren
 Verstopfung
 Gewichtszunahme
 Trockene Haut
 Sprödes Haar
 Halsbeschwerden (Druck/Kloßgefühl)
 Ungewollte Kinderlosigkeit

Rückantwort bitte an

Fax: 06151-72-3875

oder

Postadresse: Merck Pharma GmbH
 Schilddrüse
 Alsfelder Str. 17
 64289 Darmstadt