

**Formular Vernetzte Versorgung
Hyperthyreose**

Zuweiser: _____

Name Patient: _____

Alter: _____

Anamnese (Zutreffendes ankreuzen)

- Familiäre Schilddrüsenerkrankungen
- Andere Erkrankungen
- Medikamente

Klinische Symptome (Zutreffendes ankreuzen)

- Gewichtsabnahme
- Struma
- Schnelles Wachstum
- Leistungsabnahme

Befunde

TSH: _____

T4 (fT4): _____

T3: _____

Schilddrüsenantikörper: _____

Schilddrüsensonografie

Volumen: _____

Weitere Befunde: _____

- Eltern wünschen 2. Meinung ja
 nein