

Selbstcheck 1 – Schilddrüsenvergrößerung (Struma nodosa oder diffusa)

	ja	nein
Haben Sie öfter ein Druck- oder Engegefühl im Hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie ein Gefühl, als hätten Sie einen Kloss im Hals (Globusgefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört es Sie, wenn Sie hochgeschlossenen Kleidungsstücke oder geschlossene Hemdkragen tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei einer bestimmten Kopfhaltung oder bei körperlicher Anstrengung das Gefühl keine Luft zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Berührungen am Hals für Sie eher unangenehm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Halsumfang zugenommen oder dass sich die Kragenweite Ihrer Hemden verändert hat (ohne generelle Gewichtszunahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie in letzter Zeit öfter unter Heiserkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schilddrüsenkrankheiten Ihr Selbst-Check

Wenn Sie bei einem Test mindestens dreimal mit „Ja“ geantwortet haben, dann sollten Sie Ihren Arzt beim nächsten Besuch darauf ansprechen.

Auch wir vom Schilddrüsenzentrum stehen Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Kontakt:

Dr. med. M. Pabst
Oberärztin Allgemein- und Viszeralchirurgie
Leitung Schilddrüsenzentrum
Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz
Krankenhausbetriebsgesellschaft Konstanz
Luisenstrasse 7 - 78464 Konstanz

Sekretariat Frau I. Türke
Tel.: 07531 801-1101; Fax: -1109
martina.pabst@klinikum-konstanz.de



Schilddrüsenkrankheiten

Ihr Selbst-Check

Die Schilddrüsenhormone übernehmen viele wichtige Funktionen in unserem Körper. So werden neben dem Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel auch Knochen- und Muskelmasse sowie die Nervenfunktionen von der Schilddrüse reguliert.

Kein Wunder also, dass eine Störung der Schilddrüsenfunktion zu einer Vielzahl an oft unspezifischen Krankheitssymptomen führt.

Testen Sie jetzt, ob Sie möglicherweise an einer Funktionsstörung Ihrer Schilddrüse leiden



Selbstcheck 2 – Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)

	ja	nein
Ist Ihnen häufiger kalt, frieren Sie schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie häufig müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an depressiven Verstimmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Haut blass und kühl ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Haare trocken und stumpf, haben Sie stärkeren Haarausfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brechen Ihre Nägel schnell ab oder wachsen sie langsam nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie vergesslicher sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Menstruationszyklus unregelmässig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine oder mehrere Fehlgeburten in der Frühschwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstcheck 3 – Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)

	ja	nein
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Herz in letzter Zeit sehr schnell (über 90-mal pro Minute) oder unregelmässig schlägt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt es Ihnen so vor, als würde sich Ihr Herzschlag bis in den Hals und in den Kopf fortsetzen (pochender Herzschlag)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kurzatmigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie geschwollene Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie manchmal unter Bauchkrämpfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspüren Sie gesteigerten Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie in letzter Zeit vermehrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie ungeduldig, unruhig, reizbar und haben Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern Ihre Hände öfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Arzt bei Ihnen eine Erhöhung der Leberwerte festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie als Frau Probleme mit der Monatsblutung - ist sie länger, kürzer oder bleibt sie öfter ganz aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Libido- und/oder Potenzstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstcheck 4 – Augenbeteiligung (Endokrine Orbitopathie)

	ja	nein
Sind Sie in letzter Zeit stärker lichtempfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tränen Ihre Augen öfter ohne ersichtlichen Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass irgendetwas hinter Ihrem Auge sitzt, bzw. auf Ihr Auge drückt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen Sie manchmal nicht mehr so scharf wie früher, sehen Sie die Dinge doppelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Trockenheit der Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter eine Bindehautentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Blick in den Spiegel: Scheinen ein Auge oder beide Augen leicht aus den Augenhöhlen hervorzutreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Augenlider zu schliessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich Ihre Sehschärfe verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>