

Dokumentationsbogen HPQ28

(als Leitfaden für den behandelnden Arzt)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Pat.-Nr.: _____

Geschlecht: w m Gewicht (kg): _____ Größe (cm): _____

1 Ursache des Hypoparathyreodismus: _____

2 Erstdiagnose Hypoparathyreodismus: _____

Nur für iatrogenen Hypoparathyreodismus: _____

Grund der Operation: _____

Art der Schilddrüsenoperation: _____

Zeitpunkt der (Schilddrüsen-) Operation: _____

Zeitabstand zwischen OP und erster Nebenschilddrüsen-spezifischer Medikation: _____

(z.B.: Calcium, Vitamin D etc.)

3 Aktuelle Medikation: (ggf. Medikamentenplan oder Arztbrief anfügen)

Medikament	Dosierung (0-0-0-0)	Einnahme seit: (Monat/Jahr)

4 Diät oder spezielle Ernährungsgewohnheiten? _____

5 Komplikationen

Nierensteine: ja nein unbekannt neurologische- oder

Niereninsuffizienz: ja nein unbekannt psych. Erkrankungen: ja nein unbekannt

Nephrocalcinose: ja nein unbekannt Welche? _____

Anzahl von Infekten: _____ Krampfanfälle: ja nein unbekannt
(seit dem letzten Termin)

Katarakt: ja nein unbekannt Asthma, COPD: ja nein unbekannt

Basalganglienverkalkung: ja nein unbekannt (zutreffendes bitte unterstreichen)

Anzahl der ärztlich diagnostizierten, behandlungspflichtigen Neoplasien: ja nein unbekannt

hypo-/hypercalcämischen Krisen im letzten Jahr: _____ Welche? _____

6 Vorerkrankungen

Herzkrankungen: ja nein unbekannt Gastrointestinale Erkrankungen: ja nein unbekannt

Welche? _____ Welche? _____

Hypertonus: ja nein unbekannt Arthrose, Rheuma,

Diabetes Mellitus: ja nein unbekannt Gelenkerkrankungen: ja nein unbekannt

(zutreffendes bitte unterstreichen)

7 Belastende psychische Ereignisse in den letzten vier Wochen: _____

(z.B.: Tod eines Angehörigen, Unfall, Erkrankung...)

8 Aktuelle Beschäftigungssituation?

normal arbeitend krank geschrieben ohne Arbeit berentet

anderes: _____

9 Alle Laborwerte angefordert?

(adaptiert nach europäischen Leitlinien für Hypoparathyreodismus)

- Calcium (Serum) Phosphat (Serum) Magnesium (Serum) Ca x Phos-Produkt (errechnet)
 GFR, Kreatinin Vit. D 25-OH Calcium (24h-Urin)
ggf. zusätzlich PTH Vit. D 1,25 (OH)₂ BAP CTX DPD (24h-Urin)

10 Alle Zusatzuntersuchungen angefordert?

(adaptiert nach europäischen Leitlinien für Hypoparathyreodismus)

- Sono Niere CT Nieren CT Kopf augenärztliche Untersuchung
 HPQ 28 DXA-Messung Trabecular Bone Score (TBS)

Anderer Validationsfragebogen: _____

Validationsfragebogen: _____

Dokumentation wurde durchgeführt von: _____ am (Datum): _____

Paraphe: _____