

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Patientin

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum der Erhebung



Stempel Ärztin/Arzt

## Fragebogen zur Jodaufnahme

### 1. Jodaufnahme über die Nahrung

- a) **Verwenden Sie im Haushalt beim Kochen Jodsalz?** Ja  Nein
- b) **Wie viel Milch trinken Sie regelmäßig?** < 1/4 l  < 1/2 l  < 3/4 l  > 1 l
- c) **Wie oft essen Sie Seefisch?** ....x/Woche ....x/Monat nie
- d) **Kaufen Sie bewusst Lebensmittel, die mit Jodsalz hergestellt sind?** Ja  Nein  Achte nicht darauf

### 2. Zusätzliche Jodaufnahme über Präparate

- a) **Nehmen Sie Folsäure-/Multi-Vitaminpräparate bzw. Nahrungsergänzungen mit Jod ein?** Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Nein
- b) **Nehmen Sie Jodtabletten ein?** Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Nein
- c) **Nehmen Sie Algen-/Tangpräparate?** Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
Nein