

Patient (Name, Geburtsdatum, Adresse, Tel.-Nr.)



**Universitätsklinikum
Tübingen**

Radiologische Universitätsklinik

Nuklearmedizin und
Klinische Molekulare Bildgebung

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. C. la Fougère

Otfried-Müller-Str. 14
72076 Tübingen

Gesetzl. Krankenkasse:

Private Krankenkasse:

Tel. 07071 29-82164

Fax 07071 29-5869

Zuweiser, Praxis-/Arztstempel

Anforderung einer Schilddrüsenuntersuchung

Planung Radioiodtherapie Sonographie Szintigraphie

Diagnose /Verdachtsdiagnose:

Struma nodosa Hyperthyreose M. Basedow Hypothyreose SD-Malignom

Aktuelle Laborwerte (Schilddrüse): TSH

Aktuelle SD-Medikation:

L-Thyroxin µg/d Carbimazol mg/d Sonstige

➔ Achtung! Vor einer Szintigraphie 3 Wochen pausieren!

Voruntersuchungen:

Sonographie (Jahr) _____ Szintigraphie (Jahr) _____

! Bitte Befunde/Bilder wenn möglich mitbringen !

Weitere Angaben und ggf. Dringlichkeitseinschätzung (z.B. wichtige ND, sonstige Medikation, z.B. ASS etc.)

Dringlichkeit: akut

Begründung:

normal

Verlaufskontrolle

Datum / Unterschrift des überweisenden Arztes

Für Rück-Fax (nur durch Nuklearmedizin auszufüllen!)

Empfehlung:

Termin: _____ Uhrzeit: _____

Bitte vollständige Angaben