

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