

## ZUWEISUNG zur Schilddrüsenambulanz

Vor-, Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SVNr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ TelNr.: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm; Gewicht: \_\_\_\_\_ kg des Patienten

Zuweiser: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit / Telefon: \_\_\_\_\_

gewünschte Leistung:

**nur Schilddrüsenszintigraphie erbeten**

(bitte unbedingt den letzten Hals-/Schilddrüsenultraschallbefund und Labor (TSH Wert) mitbringen!)

ODER

**Begutachtung und Procedere/Therapievorschlag erbeten**

DIAGNOSE die zur Zuweisung führt: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen von Relevanz: \_\_\_\_\_

KONKRETE FRAGESTELLUNG, die beantwortet werden soll: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Untersuchungstermin bitte folgende Unterlagen mit:

- Liste der derzeitigen Medikamente!**
- Ultraschall- / Vorbefunde**, falls vorhanden mitnehmen
- Schilddrüsenblutwerte**, falls vorhanden, mitbringen!
- e-card mit Foto oder e-card und Lichtbildausweis BITTE nicht vergessen!**