

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



**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