

Kontakt

☎ 0341 909-2870

📠 0341 909-2871

✉ nuklearmedizin@sanktgeorg.de

Anmeldung Schilddrüsenuntersuchung

Anmeldedatum:

Wann möchten Sie **keinenfalls** einen Termin:

Überweiser (Kontaktdaten für Rückfragen):

Praxis/Klinik

Telefon

Patientendaten (wenn nötig, Dolmetscher bitte mitbringen):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Krankenkasse

Größe

Gewicht

Diagnose laut Überweisungsschein/klinische Angaben:

Auftrag laut Überweisungsschein:

Schilddrüsenmedikation: Ja, welche
bis wann:

Kontrastmittelapplikation <3 Monate: Ja Nein

Schilddrüsenoperation: Ja, welche Seite, wann:

Radioiodtherapie: Ja, wann:

Voruntersuchungen: Ja Nein

	Einrichtung	Wann
Ultraschall		
Szintigraphie		
CT		

Nebendiagnosen:

Allergien: Nein Ja, gegen:

Platzangst: Nein Ja

Bei weiblichen Patientinnen:

Schwangerschaft (lt. Patientin): Nein Ja

Stillen: Nein Ja

Informationen zu Vorbereitung, Untersuchungsablauf und -dauer finden Sie auf unserer Website.
Bitte bringen Sie am Untersuchungstag Überweisungsschein, Versichertenkarte und Vorbefunde mit.