

## Kontakt

☎ 0341 909-2870

📠 0341 909-2871

✉ nuklearmedizin@sanktgeorg.de

✉ nuklearmedizin@sanktgeorg.kim.telematik

## 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.