

USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Nuklearmedizin

Tel.: +41 (0)44 255 35 55

E-Mail: schilddruesensprechstunde@usz.ch

Web: www.nuk.usz.ch

Anmeldung Schilddrüsen- Sprechstunde

Name, Vorname

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Auftraggeber/Zuweiser: (Stempel oder Blockschrift)

Gewünschte Befundübermittlung:
(Bildversand via Mail nicht möglich)

Email _____

Fax _____

H-NET _____

Post _____

Körpergewicht und -grösse:

Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiopharmakon) für den Patienten sind Körpergewicht und -grösse ein entscheidender Faktor. Deswegen bitten wir Sie um diese Angaben.

Körpergrösse/ Körpergewicht:

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:

Zeit: _____ Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an (bitte entsprechendes ankreuzen):

Problemorientierte Abklärung gemäss Fragestellung

Sonographie, ggf. FNP

Szintigraphie
Bitte Sonographie mitschicken

Radiojodtherapie

Nebenschilddrüse (Sonographie+Szintigraphie)
Bitte Laborwerte mitschicken

Nebenschilddrüse PET/MR Cholin
**Nur nach neg. Sonographie+Szintigraphie
Bitte Laborwerte mitschicken**

Anderes:

Klinische Angaben

Fragestellung

- Schilddrüsenknoten
- Abklärung Hyperthyreose/Hypothyreose
- Schilddrüsenkarzinom
- Nebenschilddrüsen-Adenom

Bemerkungen

Bei Unklarheiten oder Fragen bez. der optimalen Bildgebungsmodalität sind wir jederzeit direkt für Sie erreichbar unter der direkten ärztlichen Hotline 044 255 15 04.

Ihre Anmeldung wird an Patienten-Disposition NUK übermittelt. Die Zuweisung erfolgt (bitte zutreffendes ankreuzen):

persönlich an Fr. Dr. I. Engel-Bicik oder Hr. Dr. R. Schneiter sonstige: