

# 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:

**PDF-Formulare bitte zuerst lokal abspeichern, bevor Sie es versenden.**