



Zuweisende(r) Ärztin/Arzt:

Name: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Zuweisung zur Schilddrüsen-Szintigraphie im Wiener Gesundheitsverbund

Hinweis: Eine Indikation zur Schilddrüsen-Szintigraphie besteht insbesondere bei:

1. Sonographisch gesichertem Knoten >10mm
2. Hyperthyreose
3. Verdacht auf subakute Thyreoiditis

Patientin: _____

geboren am: _____

Zuweisungsdiagnose: _____

Laborbefunde:

ft 3: _____ pg/ml

ft 4 (Pflichtbefund): _____ ng/dl

TSH (Pflichtbefund): _____ µU/ml

Anti-Tgn: _____ iU/ml

Anti-TPO: _____ iU/ml

TRAK Human: _____ U/L

Calcitonin: _____ pg/ml

Pathologisch?

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

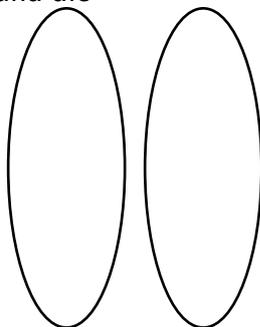
Schilddrüsen-Sonographie:

Bitte die Lokalisation

Einzeichnen und die

Größe in mm

angeben:



Schilddrüsen-Medikation?

Amiodaron-Therapie? ja nein

Jodhaltige Kontrastmittelgabe im letzten Monat? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Datum: _____ **Unterschrift und Stempel:** _____

Bitte suchen Sie mit der ausgefüllten Zuweisung eine Schilddrüsenambulanz des Wiener Gesundheitsverbunds auf.

- Sie benötigen keine Voranmeldung (Ausnahme Wilhelminenspital).
- Bitte E-Card und Lichtbildausweis mitbringen.
- Sie brauchen nicht nüchtern zu sein.