

## Anmeldung zur Schilddrüsenszintigrafie

Von Praxis:

**Patient\*in:**

**Nachname, Vorname:**

Geb. am: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse:

Telefon (tagsüber):

bitte ankreuzen/ ausfüllen, ggf. Sonografiebericht bzw. Laborauszug anfügen:



rechts/ links/ Isthmus..... cm

rechts/ links/ Isthmus ..... cm

rechts/ links/ Isthmus ..... cm

Schilddrüsenvolumen rechts ..... ml / links ..... ml

- unklare SD-Überfunktion:

Datum ..... TSH ..... ( ..... )  
ft3 ..... ( ..... )  
ft4 ..... ( ..... )

(TRAK erhöht => M. Basedow; dann nur Indikation zur SD-Szintigrafie bei zusätzlichen Aspekten, z.B. bei Vorliegen von Knoten/sonografischen Auffälligkeiten)



- Eiliger Termin erforderlich?
  - akut aufgetretene, insbesondere ausgeprägte Hyperthyreose
  - akute ausgeprägte Halsbeschwerden/ Schwellung
  - Schilddrüsenprobleme und Schwangerschaft, insbesondere Hyper-/Hypothyreose  
=> Keine SD-Szintigrafie, aber trotzdem Vorstellung möglich

Bitte diesen Vordruck an unsere KIM Adresse schicken: