



Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum		
<input type="text"/>		
Strasse/Nr.		PLZ/Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon P	G	Natel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kostenträger		Sektion
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Mitglieds-Nr.		
<input type="text"/>		
Patient erstmals in der Schilddrüsen-Praxis? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Patient bitte direkt aufbieten <input type="checkbox"/>	Untersuchungsdatum	Zeit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bitte Voruntersuchungen wie Ultraschall (gerne Befund und Bilddokumentation), Labor usw. mitbringen.**

### Gewünschte Untersuchung

- Problemorientierte Abklärung
- Ultraschall       Ultraschallgesteuerte Feinnadelpunktion
- Szintigraphie       Radiojodstudium/Radiojodtherapie       Andere Untersuchung

### Fragestellung

### Klinische Angaben

### Bisherige Untersuchungen

### Medikation/Jodbelastung (z.B. CT)

### Quick-/INR-Wert

### Thrombozytenzahl

### Datum

### Zuweisender Arzt

### Befundkopie an

Bitte weitere Anmeldeformulare senden.