

**Zuweisende(r) Ärztin/Arzt:**

Name: \_\_\_\_\_  
Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_



Wiener Krankenanstaltenverbund  
www.wienkav.at

## Zuweisung zur Schilddrüsen-Szintigraphie im Wiener KAV

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

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

**PatientIn:** \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

**Zuweisungsdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Laborbefunde:**

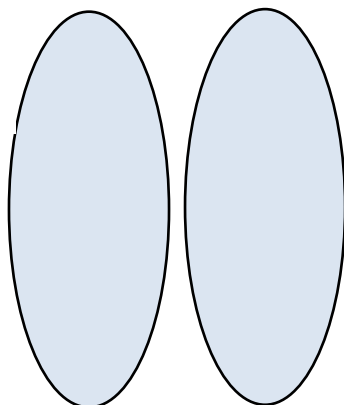
ft 3: \_\_\_\_\_ pg/ml  
ft 4 (Pflichtbefund): \_\_\_\_\_ ng/dl  
TSH (Pflichtbefund): \_\_\_\_\_ µU/ml  
Anti-Tgn: \_\_\_\_\_ iU/ml  
Anti-TPO: \_\_\_\_\_ iU/ml  
TRAK Human: \_\_\_\_\_ U/L  
Calcitonin: \_\_\_\_\_ pg/ml

Pathologisch?

ja  nein   
ja  nein   
ja  nein   
ja  nein   
ja  nein   
ja  nein   
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 KAV auf.**

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