



Anmeldung zur Radiojodtherapie

(Auszufüllen von der zuweisenden Praxis, bzw. Institution)

Patient/in: _____ Anmelder: _____
geboren: ___ . ___ . _____
wohnhaft: _____
Telefon: _____

Folgende Unterlagen sind beigefügt: **(Bitte diese Unterlagen stets zusenden!)**

- Ärztliche Befundberichte (inkl. weiterer relevanter Diagnosen)
- Schilddrüsenszintigraphie
- Aktuelle SD-Laborwerte (TSH, fT4, fT3, TSH-Rezeptor-Antikörpertiter)
- Aktueller Medikationsplan (insbesondere Schilddrüsen-Medikamente)

Wo soll der vorbereitende Radiojod-Speichertest durchgeführt werden? (entfällt bei Malignomen)

- Abteilung für Nuklearmedizin am UKR
- Heimatnah (Nuklearmedizinische Praxis bitte angeben: _____)

Liegen folgenden Begleiterkrankungen bzw. Besonderheiten vor?

- Inkontinenz (Stuhl, Urin)
- Schluckstörungen
- Pflegebedürftigkeit mit beeinträchtigter Selbstversorgung
- Psychische / neurologische Vorerkrankungen
- Gerichtlich bestellte Betreuung

Wird ein Einzelzimmer gewünscht? Ja Nein unbekannt

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular an folgende Faxnummer: **0941 944-7546**

(Auszufüllen von der Abteilung für Nuklearmedizin am UKR)

Vielen Dank für die Zuweisung zur Planung einer Radiojodtherapie.

Die stationäre Aufnahme wird voraussichtlich ab dem ___ . ___ . _____ erfolgen.

Wir bitten, unseren Aufklärungsbogen unterschrieben zur stationären Aufnahme mitzugeben.

- Patient/in über Termin informiert durch _____ (Handzeichen) am ___ . ___ . _____
(endgültige Terminreservierung erst nach Terminbestätigung!)

Für eventuelle Rückfragen ist ärztlicherseits bei uns zuständig Frau / Herr _____
und unter Tel.: 0941 / 944-7510 bei ärztlichen Rückfragen erreichbar.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. D. Hellwig

(Stationsärztin / Stationsarzt)