

Anmeldeformular zur Radioiodtherapie (maligne Schilddrüsenerkrankungen)

Klinikum rechts der Isar, Klinik für Nuklearmedizin, Prof. Dr. Wolfgang Weber
Sektion Theranostik, Prof. Dr. Matthias Eiber



Telefon: 089/4140-9455; Fax: 089/4140-9849; Email: theranostik.nm@mri.tum.de

Name: _____

Telefonnummer Patient: _____

Vorname: _____

alternativ Email-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Diagnose und Krankheitsgeschichte:

_____ Schilddrüsenkarzinom pT_____ pN (_____/_____)

Thyreoidektomie am: _____

Ablation mit ohne rhTSH gewünscht

Terminwunsch: _____ (jeden Dienstag ist prinzipiell Aufnahme möglich)

- bei Ablation mit rTSH: Vorstellung am Montag vor stationärer Aufnahme zur 1. rhTSH-Injektion
- bei endogener Ablation: 3 Wochen Schilddrüsenhormonkarenz bis zur stationären Aufnahme

Vorstellung in Ambulanz zum Vorgespräch gewünscht: ja nein

Wenn möglich, bitte aktuellen chirurgischen Arztbrief und Histopathologie beilegen!

Telefonnummer (Zuweiser)

Klinikstempel

Faxnummer (Zuweiser)

Informationen zur Radioiodtherapie, das Anmeldeformular mit digitaler Ausfüllmöglichkeit und einen Flyer für Patienten finden Sie unter: <http://www.nuk.mri.tum.de/>