

# 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](mailto: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/>