

**FAX-Anmeldung**

**Radiojodtest/ Radiojodtherapie**

**Bitte faxen an: 03641/ 9329806**

**Anmeldung zur Durchführung einer Radiojodtherapie**

Patientendaten

Name, Vorname: .....

geboren am: .....

Adresse: .....

Telefonnummern des Patienten (soweit vorhanden und relevant)

- privat (Festnetz) .....
- mobil .....
- dienstlich .....

Die Befunde der aktuellen Schilddrüsendiagnostik vom ..... ergaben die Indikation zur Durchführung einer Radiojodtherapie. Wir möchten o.g. Patienten für diese Behandlung anmelden. Die aktuellen Befunde (Labor / Sonographie / Szintigraphie) liegen bei.  
Evtl. zusätzliche Angaben (soweit nicht aus Befunden ersichtlich):

- Aktuelle Schilddrüsenmedikation: .....
- Jodbelastung (Rö-Kontrastmittel, Amiodaron, o.ä): .....

Stempel/ Unterschrift

Datum

