

Terminvereinbarung in der Endokrinen Tumorambulanz für Erstvorstellungen

Bitte diesen Bogen an die Endokrine Tumorambulanz faxen: 0931/201-639717

Email: M1_EndoAmb@ukw.de

Vorname/Nachname:			
Geburtsdatum:		männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>
Straße, PLZ, Wohnort:			
Telefonnummer des Pat.:			
E-Mail-Adresse des Pat.:			

Zuweisender Arzt (mit Telefon- und Fax-Nr.):	
---	--

Praxisstempel

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Diagnose:	<input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Diagnose schon bestätigt
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkarzinom <input type="checkbox"/> Neben-SD-Karzinom	<input type="checkbox"/> Nebennierenkarzinom <input type="checkbox"/> Phäochromozytom <input type="checkbox"/> Unklarer Nebennierentumor	<input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom <input type="checkbox"/> Conn-Syndrom (prim. Hyperaldosteronismus)
Kurze Anamnese:		
Aktuelle Medikamente		
Fragestellung		

LABORWERTE, CT-Befunde (Bilder/CD bitte schicken!) Op-Berichte, Histobefunde und sonstige VORBEFUNDE sind unbedingt mitzufaxen !
Eine Bearbeitung des Bogens ist ohne diese Unterlagen leider nicht möglich.

Vielen Dank für die Anfrage. Unser Team wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen.