

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

Patient ☐ / Patientin ☐

Name:

.....

Vorname:

.....

Telefon:

.....

Praxis /

Stempel /

Tel.-Nr.:

**Anmeldung von Patienten
für die Station 12**

Endokrinologie/Stoffwechsel

Fax: +49(0) 381 494-7522

Tel.: +49(0) 381 494-7527 /-7525 /-7521

e-mail:

endocrinology@med.uni-rostock.de

Termin

mit Ihnen ☐

oder

Patient(in) direkt ☐

vereinbaren?

Datum:

.....

Diagnose / Fragestellung:

.....

.....

Zeitfenster:

eilig bzw. 1 Woche ☐ / in 2 – 3 Wochen ☐ / in 3 – 4 Wochen bzw. elektiv ☐

gewünschte / notwendige Untersuchungen / Interventionen:

1. endokrinolog. Funktionstests ☐

welcher Test 1:

.....

welcher Test 3:

.....

welcher Test 2:

.....

welche Hormone:

.....

2. Bildgebung ☐

wovon ?

3. Nukl.-Med. ☐

welche(s)?

Sonographie:

☐

.....

PET-CT

☐

.....

CT:

☐

.....

Szintigraphie

☐

.....

MRT:

☐

.....

Fragestellung

.....

4. Katheterdiagnostik ☐

NN-Venen:

☐

ein anderer ? ☐ welcher?

.....

5. weitere apparative Diagnostik / Intervention sinnvoll ☐

welche?

.....

Vielen Dank für Ihre Angaben!