

# Schilddrüsenzentrum

## Leitung Schilddrüsen-Zentrum:

PD Dr. med. Bernd Klaeser, Nuklearmedizin

## Co-Leitung interdisziplinäre Schilddrüsenprechstunde:

Dr. med. Christof Lipowsky, Endokrinologie

Dr. med. Andrea Goldmann, Endokrine Chirurgie



KANTONSPITAL WINTERTHUR

## Anmeldung Schilddrüsenzentrum

### Patientendaten

|               |            |                  |                |
|---------------|------------|------------------|----------------|
| Familienname  | Vorname(n) | Geburtsdatum     | Geschlecht     |
| Strasse       | Nr.        | Adresszusatz     |                |
| PLZ           | Wohnort    | Krankenkasse     |                |
| Telefon Mobil | Email      | Telefon Festnetz | Telefon Arbeit |

Hiermit melde ich oben genannte(n) Patienten(in) zur Untersuchung bzw. in die Sprechstunde am Schilddrüsenzentrum an (die Zuweisung kann persönlich erfolgen, bitte ggf. entsprechend ankreuzen):

### Endokrinologie/Endokrine Chirurgie (Tel. 052 266 2419, [schilddruesensprechstunde@ksw.ch](mailto:schilddruesensprechstunde@ksw.ch))

Interdisziplinäre Schilddrüsenprechstunde  
(Problemorientierte Abklärung, ggf. mit Sonografie, Szintigrafie, FNP)  
Evaluation einer Schilddrüsenoperation

Dr. med. Christof Lipowsky  
OA Endokrinologie  
Fr. Dr. med. Andrea Goldmann  
LAe Endokrine Chirurgie

### Nuklearmedizin (Tel. 052 266 2632, [nuk@ksw.ch](mailto:nuk@ksw.ch))

- Ambulante Sprechstunde/Tumornachsorge
- Schilddrüsen-Szintigraphie (bitte Labor und Sonographie senden)
- Nebenschilddrüsen-Szintigraphie
- Zuweisung/Evaluation Radiojodtherapie

PD Dr. med. Bernd Klaeser  
CA Nuklearmedizin

Andere:

### Radiologie (Tel. 052 266 2604, [roe@ksw.ch](mailto:roe@ksw.ch))

Schilddrüsen Sonografie (ggf. FNP)  
Zuweisung/Evaluation Radiofrequenzablation SD-Knoten

Dr. med. Aleksis Doert  
LA Ultraschall  
Prof. Dr. med. Christoph Binkert  
Direktor und CA Radiologie

### Klinische Angaben/Fragestellung:

SD-Knoten/-Struma  
Hypo-/Hyperthyreose  
Schilddrüsen-Tumor  
Nebenschilddrüsen-Adenom

### Allergien und/oder Spezielles

### Wunschtermin?

### Gewünschte Übermittlungsart des Berichts:

E- Mail (nur HIN-geschützt)    Post    Fax

### Zuweiser:

Tel.  
Mail

Datum:

Unterschrift/Stempel:

Anmeldung Schilddrüsenzentrum FAX  
052 266 4522