

Terminanfrage zur Erstvorstellung

Endokrine Onkologie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Termine für Patientinnen und Patienten in der **Ambulanz des Zentrums für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel** der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV des LMU Klinikums können nur durch eine Ärztin oder einen Arzt angefragt werden. Wir benötigen dazu immer Informationen zum aktuellen Beschwerdebild, zur (Verdachts-)Diagnose und zur Vorgeschichte. Für eine Vorstellung ist ein **Überweisungsträger für den Fachbereich Endokrinologie bzw. Diabetologie** notwendig.

Die Einsendung der Unterlagen ist per Fax (**089-4400-54430**) oder über unser Zuweiserportal (<https://med4.it-zuweiserportal.de>) möglich.

Wir bedanken uns für Ihre Zuweisung und die gute Zusammenarbeit!

Ihre Kontaktinformation (Ärztin / Arzt) <p>Praxisstempel:</p> <p>Rückrufnummer:</p>	Kontaktinformation Patientin / Patient <p>Vorname, Name</p> <p>Adresse</p> <p>Telefon</p>
<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	

Vorstellungsgrund/Verdachtsdiagnose	<input checked="" type="checkbox"/> obligat / <input type="checkbox"/> wünschenswert
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenkarzinom	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> Nebennierenkarzinom	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> malignes Phäo/Paragangliom	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> Neuroendokriner Tumor (GEP-NET)	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> Insulinom	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> MEN 1 <input type="checkbox"/> MEN 2	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau-Erkrankung	<input type="checkbox"/> V.a. <input type="checkbox"/> gesichert
<input type="checkbox"/> andere:	
1. Ihre ärztliche Einschätzung der Dringlichkeit : <input type="checkbox"/> Elektiv <input type="checkbox"/> Zeitnah (bis 4 Wochen) <input type="checkbox"/> dringlich (wenige Tage) 2. Der Patient hatte sich zuvor extern endokrinologisch vorgestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (= Brief beifügen). 3. <u>Beigefügt sind folgende Befunde/Berichte</u> (<input checked="" type="checkbox"/> obligat / <input type="checkbox"/> wünschenswert): <input checked="" type="checkbox"/> Anamnesebogen ZET (siehe zweite Seite) <input type="checkbox"/> Externe Bildgebungen (bitte Befundbericht + QR-Code) <input type="checkbox"/> Arztberichte <input type="checkbox"/> Histologie <input type="checkbox"/> Medikationsplan <input type="checkbox"/> Laborchemie	

Weitere Informationen/Fragestellungen:

Wird vom Zentrum ausgefüllt:

Unterlagen: _____
 Sprechstunde: _____
 Termin: in < _____ Tagen bis 4 Wochen
 bis 3 Monate elektiv
 Datum _____ Handzeichen _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____. _____. _____

Anamnesebogen Endokrine Onkologie

Aktuelle Beschwerden / Vorstellungsgrund: _____

- Wie groß sind Sie? _____ cm Wie viel wiegen Sie? _____ kg
Ist ihr Gewicht stabil? Ja Nein: Gewichts- zunahme/ abnahme _____ kg / _____ Monaten
 - Rauchen Sie? Nein Ja, früher bis _____ (Jahr) Ja, aktuell _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren
 - Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? Nein Ja: _____
Falls ja: Hatten Sie Therapien aufgrund einer Krebserkrankung (Chemotherapie, andere Eingriffe):
 Nein Ja: _____
 - Sind Sie operiert worden? Nein Ja: OP _____ Datum _____
OP _____ Datum _____
OP _____ Datum _____
 - Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie? Nein Ja: _____
 - Sind Vorerkrankungen bekannt? Nein
 Vorhofflimmern Osteoporose Diabetes Bluthochdruck Atherosklerose
 Herzerkrankung Magen-Darm-Erkrankung Nierenerkrankung Lungenerkrankung
 andere/Erläuterung: _____
-
- für Frauen: Sind Sie aktuell schwanger/stillen Sie? Nein Ja: _____
 - Nehmen Sie **Medikamente** ein? Nein Ja (ggf. *Medikationsplan anfügen*):
aktuelle Medikamente: _____

-

- Hatten Sie eine humangenetische Untersuchung? Nein Ja (bitte Befund zum Termin mitbringen)
 - **Weitere Informationen/Erläuterungen zu Ihren Beschwerden:**
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

