

Sehr geehrte Kollegin!
Sehr geehrter Kollege!

Für einen Termin in unserer Ambulanz füllen Sie bitte das
Formular aus und senden Sie es uns **ausschließlich** an
die **DaMe KAGES014**

**Bitte beachten Sie, dass wir nur vollständig und
korrekt ausgefüllte Formulare (* = Pflichtfelder)
weiterbearbeiten und uns vorbehalten,
unvollständige Formulare zurück zu senden.**

Vielen Dank!

Ihre Endokrinologie Ambulanz

Leiter: Univ. Prof. Dr. Thomas Pieber

Org. Leiter Ambulanz: Assoz. Prof. PD. Dr.
Stefan Pilz, MBA, PhD

Auenbruggerplatz 15 (15/3 & 15/5)
A-8036 Graz

T +43 316 385-12303

DaMe KAGES014

www.uniklinikumgraz.at

PATIENT*INNEN-DATEN*

Familienname:
Vorname:
Adresse:
Telefonnummer:
Geburtsdatum:

Zuweisende*r Arzt*Ärztin *

Familienname:
Vorname:
Telefonnummer:
E-Mail:

→ Patient*in gehend sitzend liegend

Bitte übermitteln Sie uns alle vorliegenden, relevanten Vorbefunde!

Konkrete Fragestellung*: _____

Schwangerschaft ? JA NEIN

Vergebener Termin:

BITTE Vorbefunde mitbringen!!

Osteoporose

BWS / LWS Röntgen * erforderlich!

FRAX-Score*: _____ % (Major Osteoporotic Fractures)

(für Erstvorstellungen notwendig)

Link: <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=de>

Gender Inkongruenz

3 Gutachten erforderlich*: Psychiatrisch, Psychotherapeutisch, Psychologisch

Schilddrüsenerkrankungen

Hyperthyreose

TSH: _____*

Hypothyreose

TSH: _____*

Knoten

Klin./Sono. Befund* _____

SD-Karzinom bekannt*? JA

NEIN

Nebenniere

Nebenniere-Raumforderung
Bildgebender Befund* _____

Nebennieren-Insuffizienz
Serum-Cortisol (morgens): _____
Serum-Natrium: _____
Rezente Glukokortikoidtherapie*:
 JA NEIN

V.a. Endokrine Hypertonie

Hypophyse

Hyperprolaktinämie
Prolaktin*: _____
MR-Befund: _____
Psychopharmaka: JA NEIN

Hypophyseninsuffizienz
Serum-Cortisol (morgens): _____
Serum-Natrium: _____
Glukokortikoidtherapie: JA NEIN
Immuncheckpoint-Inhibitor Therapie (ICI):
 JA NEIN

Raumforderung
Befund* _____

V.a. Akromegalie

V.a. Hypercortisolismus / Cushing-Syndrom

Klin. Begründung für Verdacht*: _____

Hypogonadismus

Testosteron (Männer)*: _____ Östradiol (Frauen)*: _____

PCOS

- Ultraschallbefund *
- Orale Kontrazeptiva mind. 6 Wochen pausiert *
- Zyklusanamnese * regelmäßig unregelmäßig

Nebenschilddrüsenerkrankungen

V.a. primären Hyperparathyreoidismus
Kalzium * _____
PTH _____

V.a. Hypoparathyreoidismus
Kalzium * _____
PTH _____

Hyponatriämie

Serum-Natrium * _____

Hypernatriämie

Serum-Natrium * _____

V.a. Diabetes insipidus

Serum-Natrium * _____ Harnmenge 24h * _____ Trinkmenge 24h * _____