

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 **Fax-Nummer (0316/ 385 – 14724)**. Sie erhalten von uns ein Antwortfax mit der Terminbestätigung.

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
A-8036 Graz

T +43 316 385-12303

F +43 316 385-14724

www.uniklinikumgraz.at

PATIENT*INNEN-DATEN* (bitte in Großbuchstaben ausfüllen):

Familienname:

Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Zuweisende*r Arzt*Ärztin *

(Name, Tel., Fax, Mail, Stempel)

→ Patient*in gehend sitzend liegend

Bitte übermitteln Sie uns alle vorliegenden, relevanten Vorbefunde!

Konkrete Fragestellung*: _____

Schwangerschaft?:

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 * _____

Hypernaträmie

Serum-Natrium * _____

V.a. Diabetes insipidus

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