

### ZUWEISUNGSFORMULAR ENDOKRINOLOGIE

**Patientendaten:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versicherung \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Zuweisender Arzt:**

Name und Telefonnummer (Praxisstempel) \_\_\_\_\_

Dringlichkeit:  dringend (mit der Bitte um telefonische Rücksprache unter 0931 - 355 99-48)

regulär (momentan innerhalb von ca. 2-4 Wochen)

**Indikation:**

Verdacht auf Erkrankung der/des

Bekannte Erkrankung der/des

Hypophyse

Nebennieren

Knochenstoffwechsels

Gonaden bei der Frau

Gonaden beim Mann

Natriumstoffwechsels

Fettstoffwechsels

Calciumstoffwechsels

\_\_\_\_\_

Schilddrüse\*

Nebenschilddrüse\*

Diabetes mellitus\*

**Symptome:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikation:**

siehe Medikamentenplan

\_\_\_\_\_

**Beilagen:**

\_\_\_\_\_

Arztbrief

Radiologische Befunde

Laborbefunde

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax an 0931 - 355 99-55 oder an [p.kirchner@medlab.de](mailto:p.kirchner@medlab.de)**

**Wir werden mit dem Patienten umgehend einen Termin vereinbaren.**