CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik
Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie

Formular Vernetzte Versorgung
Schilddrüsenunterfunktion

Zuweiser: _____

Name Patient: _____

Alter: _____

Anamnese (Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Familiäre Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Andere Erkrankungen
- ☐ Medikamente

Klinische Symptome (Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Kleinwuchs
- ☐ Adipositas
- ☐ Entwicklungsverzögerung

Befunde

TSH: _____

T4 (fT4): _____

T3: _____

Schilddrüsensonografie

Volumen: _____

Weitere Befunde: _____

Eltern wünschen 2. Meinung ☐ ja
☐ nein