

## Anmeldeformular

### Patienteninformationen

Vorname:..... Tel.:.....  
 Name:..... E-Mail:.....  
 Geburtsdatum:..... Geschlecht:  weiblich  männlich  
 Strasse: ..... **Name der Krankenkasse:** .....  
 PLZ / Ort:..... **AHV-Nr.:** .....  
 Krankheit  **VeKa-Nr.:** .....

### Zuweiserinformationen

Zuweisender Arzt: ..... Praxis:.....  
 Strasse: ..... PLZ / Ort: .....  
 E-Mail: ..... Tel.:.....

### Terminwunsch

(Untersuchungen werden nur mittwochs von 07:00 - 10:00 Uhr durchgeführt, wir bieten die Patienten direkt auf)

### Gewünschte Untersuchung

- Synacthen-Test** (1 mcg und 250 mcg) bei V.a. NNR-Insuffizienz
- CRH-Test** bei V.a. corticotropen Hypocortisolismus und zur DD des Hypercortisolismus
- Dexametason Suppressionstest** bei V.a. Hypercortisolimus
- HGH-Suppressionstest** bei V.a. Akromegalie

Nach Durchführung der Laboranalytik (Bioanalytica) erfolgt die Befundung durch unseren Facharzt für Endokrinologie **Dr. med. Dr. Marco Albanese**