

Anmeldung zur geburtshilflich/gynäkologischen Ultraschalluntersuchung

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	E-Mail
PLZ, Ort	Geburtsdatum

Bitte Patientin aufbieten Patientin hat Termin am _____ um _____ Uhr
 Dringlichkeit Routine Heute noch Verlaufskontrolle

Kostenträger Vers.-Nr.
 Versicherung

Gewünschte Untersuchung

<p>Schwangerschaft</p> <input type="checkbox"/> Routinekontrolle <input type="checkbox"/> Terminbestimmung <input type="checkbox"/> Blutung <input type="checkbox"/> Plazentalokalisation <input type="checkbox"/> Verdacht auf Plazentainsuffizienz <input type="checkbox"/> Fruchtwassermenge <input type="checkbox"/> Lagebestimmung <input type="checkbox"/> Mehrlinge <input type="checkbox"/> US-Screening 1 <input type="checkbox"/> US-Screening 2 <input type="checkbox"/> Spezielle Pränataldiagnostik (auch invasiv) <input type="checkbox"/> Doppler <input type="checkbox"/>	<p>Gynäkologie</p> <input type="checkbox"/> Transvaginalsonografie <input type="checkbox"/> Uterus <input type="checkbox"/> Adnexe <input type="checkbox"/> Zyklusdiagnostik <input type="checkbox"/> IUD-Lage <input type="checkbox"/> Harnblase <input type="checkbox"/> Restharnbestimmung <input type="checkbox"/>
--	--

Allgemeine Fragen

Letzte Periode	Zyklus (Tage)
Gravida/Para	Blutgruppe

Klinische Angaben

Fragestellung

Zuweisender Arzt

Tel.	Fax
GLN	ZSR
Mail	
Datum	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.