

## 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><b>Schwangerschaft</b></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><b>Gynäkologie</b></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
Datum	

**Elektronische Übermittlung**

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