

## Anmeldung Ultraschall

### Angaben zum Patienten

Vorname: ..... Name: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Mail: .....

Kostenträger:

KK inkl. Nr.: ..... Unfall-Nr. inkl Datum: .....

### Dringlichkeit

- Notfall (nur nach telefonischer Absprache)
- Dringend (innert 1 Woche)
- elektiv

### Gewünschte Untersuchung

- Ultraschall Abdomen
- Ultraschall Muskuloskeletal
- Ultraschall Vene (Ausschluss/Bestätigung Thrombose)
- Ultraschall Schilddrüse
- Anderes: \_\_\_\_\_

### Anamnese, Fragestellung:

---

---

---

---

### Angaben Zuweiser

Praxis/Arzt: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Mail: .....

Befundkopie an: .....

**Stempel + Unterschrift**