

ANMELDUNG Ultraschall (Sonographie)

Patient anbieten

Untersuchung für den bereits vereinbart

Name: _____ Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Erstuntersuch

Verlaufsuntersuch

Region

.....
.....

Diagnostik/ Sonographie- Interpretation

Diagnostik/ Sonographie Interpretation sowie Konsilium (**wird empfohlen**)

Diagnose/Arbeitshypothese/ bisheriger Verlauf

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aktuelle Medikation

.....
.....
.....

Anmerkung und Wünsche

.....
.....
.....
.....

Praxisstempel: