

| | |
|--------------------|--------------------------------------|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Beruf/Titel |
| Adresse | |
| Telefon P | Telefon G (bzw. tagsüber erreichbar) |
| Krankenkasse | Ausweis-Nummer |
| Unfallversicherung | Policen-Nummer |

Bitte Krankenkassen-Ausweis zur Untersuchung mitbringen!

Gewünschte Untersuchung

- Ultraschall Abdomen
- Ultraschall Schilddrüse
- Ultraschall Gefässe
- anderes:

Anamnese, klinische Angaben und Fragestellung

Vorbereitung Oberbauch: nüchtern (morgens)
 Unterbauch: nicht nüchtern und volle Blase
 Schilddrüse, Gefässe etc.: nicht nüchtern

Anmeldung über das Zentralsekretariat, Tel. 061 705 72 71, Fax 061 705 71 02

Termin _____ Zeit _____ bitte Patient aufbieten

Datum _____

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)