

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)