|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Gynäkologie und Geburtshilfe  Anmeldung zur  Ultraschall-Diagnostik |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** |  |  |  |
| Name |  | Adresse |  |
| evtl. Ledigname |  | PLZ/Ort |  |
| Vorname |  | Telefon |  |
| Geburtsdatum |  |  |  |
| Versicherung | Allgemein | Halbprivat | Privat |

**Ultraschall Geburtshilfe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grav** | **Para** | **LP** | **ET** |
|  |  |  |  |
| **Anamnese:** |  |  |  |
|  | | | |
|  |  |  |  |
| **Anmeldung für** | | | |
| 1. US (11. – 13. SSW) | | | |
| ETT | | | |
| 2. US (21. – 23. SSW) | | | |
| SS-US, Fragestellung: | | | |
| Doppler | | | |
|  | | | |

**Ultraschall Gynäkologie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung für** | | | |
| Gynäkologischer Ultraschall | | | |
| **Anamnese:** |  |  |  |
|  | | | |
| **Fragestellung:** |  |  |  |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name Zuweiser |  | Datum |  |
| Adresse |  |  |  |

Besten Dank für Ihre Zuweisung. Bitte senden Sie die Anmeldung **an** [**frauenklinik@ksgr.ch**](mailto:frauenklinik@ksgr.ch).