|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Gynäkologie und GeburtshilfeAnmeldung 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**.