

Anmeldung zur geburtshilflich/gynäkologischen Ultraschalluntersuchung

Name, Vorname

Telefon | Mobil

Strasse, Hausnummer

E-Mail

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Dringlichkeit

☐ Bitte Patientin aufbieten☐ Patientin hat Termin am _____ um _____ Uhr☐ Routine☐ Heute noch☐ Verlaufskontrolle**Kostenträger**

Versicherungsnummer und Versicherung**Gewünschte Untersuchung****Schwangerschaft**

- ☐ Routinekontrolle
- ☐ Terminbestimmung
- ☐ Blutung
- ☐ Verdacht auf Plazentainsuffizienz
- ☐ Fruchtwassermenge
- ☐ Lagebestimmung
- ☐ Mehrlinge
- ☐ US-Screening 1 ☐ US-Screening 2 ☐ US-Screening 3
- ☐ Spezielle Pränataldiagnostik (auch invasiv)
- ☐ Doppler
- ☐ _____

Gynäkologie

- ☐ Transvaginalsonografie
- ☐ Uterus
- ☐ Adnexe
- ☐ Zyklusdiagnostik
- ☐ IUD-Lage
- ☐ _____

Allgemeine Fragen

Letzte Periode

Zyklus (Tage)

Gravida/Para

Blutgruppe**Klinische Angaben**

Fragestellung

Zuweisender Arzt

Datum | Telefon | GLN | ZSR