

## Anmeldung zur Sonographie

Patientenname/Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (P/G/Mobile, E-Mail): \_\_\_\_\_

Anmeldender Arzt (Stempel/Unterschrift): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

EAN-Nummer: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung

- Abdomensonographie
- Zusätzliche Restharnbestimmung
- Schilddrüsenultraschall
- Duplex- Untersuchung der Beinvenen
- Anderes (z.B. Weichteiluntersuchung, Lymphknoten, ect.)

### Fragestellung

---

---

---

---

Termin wurde vereinbart für den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

Bitte den Patienten/ die Patientin aufbieten

Ich bin dankbar, wenn die Patienten nüchtern zu Untersuchungen des Abdomens kommen (s. Pat. Informations- Blatt). Sie erhalten in jedem Fall einen schriftlichen Bericht und werden in dringenden Fällen zusätzlich telefonisch benachrichtigt.

Besten Dank für Ihre Zuweisung.