

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.