

## Anmeldung zum Ultraschall

### Personalien der Patientin

Vorname: ..... Name: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Letzte Periode (LP): .....

Zyklus: .....

korrigierter Termin: .....

Untersuchungstermin: ..... (Bitte Patientin aufbieten)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Routine-Untersuchung (11. - 14. SSW)   | <input type="checkbox"/> Lagebestimmung                     |
| <input type="checkbox"/> BE Ersttrimestertest (11+5 - 13+6 SSW) | <input type="checkbox"/> Verdacht auf Mehrlinge             |
| <input type="checkbox"/> Organ-Screening (20+0 - 22+0 SSW)      | <input type="checkbox"/> Wachstumsverlauf (28+0 - 32+0 SSW) |
| <input type="checkbox"/> Terminbestimmung (mögl. vor 20. SSW)   | <input type="checkbox"/> Doppler-Untersuchung               |
| <input type="checkbox"/> Abortgeschehen                         | <input type="checkbox"/> Ausschluss einer Missbildung       |
| <input type="checkbox"/> Plazentalokalisation                   | <input type="checkbox"/> Frühere Ultraschall-Untersuchung   |
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung                       | <input type="checkbox"/> Gynäkologischer Ultraschall        |
| <input type="checkbox"/> Amniozentese (16. SSW)                 | <input type="checkbox"/> Mamma-Ultraschall                  |

Fragestellung:

Datum: .....

### Zuweiserin / Zuweiser

Praxis: ..... Strasse, Nr.: .....

Vorname: ..... PLZ / Ort: .....

Name: ..... Telefon: .....