

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: