

ANMELDUNG ULTRASCHALLABTEILUNG

Datum vereinbarter Termin: Zeit:

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse:
Telefonnummer:

☐ **Anmeldung zur pränatalen Ultraschall-Diagnostik**

LP: ET: ET korrigiert:
Biochemie abgenommen:
Durch Labor:

- ☐ 1. Trimester Screening 12. SSW – 14. SSW ☐ mit Präeklampsie ☐ ohne Präeklampsie
☐ 1. Trimester Präeklampsie Screening
☐ 2. Trimester Screening 20. SSW – 23 SSW
☐ Auf Indikation

Wichtige anamnestiche Hinweise für den Ultraschall

☐ **Anmeldung zur gynäkologischen Ultraschall-Diagnostik**

Indikation / Fragestellung

Wichtige anamnestiche Hinweise für den Ultraschall

Bitte relevante Befundkopien beilegen (z.B. Blutgruppe, 1. TT-Resultat, Laborbefunde...)

Vaginale Sonographie möglich? ☐ Ja ☐ Nein → gefüllte Blase

Datum:

Unterschrift und Stempel: