

ANMELDUNG ULTRASCHALLABTEILUNG

Datum vereinbarter Termin: Zeit:

Name, Vorname:	Geb. datum:
Adresse:	
Tel.-Nummer:	

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 anamnestische Hinweise für den Ultraschall

.....
.....

Anmeldung zur gynäkologischen Ultraschall-Diagnostik

Indikation / Fragestellung

.....
.....
.....

Wichtige anamnestische 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:

.....