

Telefon 081 926 54 01  
E-Mail [medizin@spitalilanz.ch](mailto:medizin@spitalilanz.ch)

## Anmeldung Ultraschall

Patient\*in hat Termin am (Datum / Zeit)

Patient\*in aufbieten

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geb.Datum

Tel./Mobile

Krankenkasse

UVG/Schaden Nr.

### Gewünschte Untersuchung

Abdomensonographie

Echokardiographie

Stressechokardiographie

Kontrastmittelsonographie

Andere Organe

Konsiliarische Beratung zusätzlich erwünscht

Cerebrovasculärer Farbdoppler

Farbdoppler periphere Gefässe

Eingriff (Punktion, Biopsie, Drainage)

Angiologische Beurteilung (arteriell o. venös)

### Klinische Angaben / Fragestellung

**Allergien**

**Quick** (Punktion / Biopsie)

**Thrombozytenaggregationshemmer, orale Antikoagulantien**

**Datum**

**Einweisende\*r Arzt\*in**