

Termin vereinbart auf

Datum:

Zeit:

- dringend**
- Bitte Patient/in direkt aufbieten
- Bitte Befund per Fax senden  
Fax Nr.:
- Bitte vorher telefonieren  
Tel. Nr.:
- Bitte nachher telefonieren  
Tel. Nr.:
- Bitte Bilddokumente senden
- Bitte Befundkopie senden an:
- Bitte Befund per E-Mail senden:  
E-Mail-Adresse:

Ultraschallpraxis  
 Dr. med. (H) Gertrud Remsei Bühler  
 FMH Radiologie / Kinderradiologie  
 Schaffhauserstrasse 99  
 CH-8152 Glattbrugg

Tel. **044 829 24 03** / Fax Nr. **044 829 24 16**  
 Online-Anmeldung: [www.ultraschall-glattbrugg.ch](http://www.ultraschall-glattbrugg.ch)  
 E-Mail: [gertrud.remsei@hin.ch](mailto:gertrud.remsei@hin.ch)

## Ultraschall – Anmeldung

<p><b>Patient/in • ev. Etiketete</b></p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Strasse/Nr.: <input type="text"/></p> <p>PLZ/Ort: <input type="text"/></p> <p>Geb. Datum: <input type="text"/></p> <p>Tel.P/Mobile: <input type="text"/></p> <p>Tel.G: <input type="text"/></p> <p>Kostenträger (KK, UVG-Vers.): <input type="text"/></p> <p>Mitgl./Unfall Nr.: <input type="text"/></p>	<p><b>Anamnese / Indikation</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p><b>Fragestellung</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--

**gewünschte Untersuchung:**

- Falls indiziert, bitte weitere notwendige bildgebende Abklärungen direkt veranlassen, mit Befundkopie an den zuweisenden Arzt.
  - mit vorheriger tel. Rücksprache, Tel.:
  - ohne Rücksprache

<p>zuweisender Arzt: (Name, Praxis, Adresse eingeben oder Stempel)</p>		<p>Bemerkungen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
--	--	---

Ort und Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_