

Termin vereinbart auf _____ **Datum:** _____ **Zeit:** _____

- dringend
- Patient/in direkt aufbieten
- Befund per Fax senden
Fax Nr.: _____
- vorher telefonieren
Tel. Nr.: _____
- nachher telefonieren
Tel. Nr.: _____
- Bilddokumente senden
- Befundkopie senden an:

- 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 044 829 24 16
Online-Anmeldung: www.ultraschall-glattbrugg.ch
E-Mail: ultraschallpraxis.glattbrugg@hin.ch

Ultraschall – Anmeldung

| | |
|---|--|
| <p>Patient/in • ev. Etiketle</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Strasse/Nr.: _____</p> <p>PLZ/Ort: _____</p> <p>Geb. Datum: _____</p> <p>Tel.P/Mobile: _____</p> <p>Tel.G: _____</p> <p>Kostenträger (KK, UVG-Vers.): _____</p> <p>Mitgl./Unfall Nr.: _____</p> | <p>Anamnese / Indikation</p> <p>Fragestellung</p> |
|---|--|

gewünschte Untersuchung: _____

- Falls indiziert, 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 oder Stempel)</p> | | <p>Bemerkungen:</p> |
|---|--|---------------------|

Ort und Datum: _____ **Unterschrift:** _____