ULTRASCHALL PRAXIS

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

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

gewünschte Untersuchung:

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

zuweisender Arzt: (Name, Praxis, Adresse oder Stempel)		Bemerkungen:

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