

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. Etikette</b></p> <p>Name: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Vorname: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Strasse/Nr.: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>PLZ/Ort: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Geb. Datum: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Tel.P/Mobile: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Tel.G: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Kostenträger (KK, UVG-Vers.): <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>Mitgl./Unfall Nr.: <input style="width: 80%;" 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:** \_\_\_\_\_