

ANMELDUNG SONOGRAFIE

Polipraxis St. Gallen, Kornhausstrasse 3, 9000 St.Gallen
polipraxis.sg@hin.ch | +41 71 288 40 40
Fachbereichsleiter: Prof. em. Dr. med. J. Osterwalder

Patient*in

Name Vorname
Geburtsdatum Tel. Mobile
Strasse, Nr. PLZ, Ort
Kostenträger Versicherten-Nr.
Termin vereinbart auf Patient/in bitte aufbieten

Anamnese / Indikation

Fragestellung (bei dringenden Zuweisungen bitte telefonische Kontaktaufnahme)

Bekannte Risiken (OAK, Allergien, Epilepsie, etc.)

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> Fokussiert Kardial	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Hüfte		
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Lungen	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Knie
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Thoraxwand	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Fuss / Sprunggelenk
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Abdomen (nüchtern, volle Blase)	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Achillessehne
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Bauchwand	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Schulter
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Inguinalregion	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Ellbogen
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Venen	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Hand / Finger
Weiteres	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	Infiltration gezielt		

Zuweiser*in

Titel, Name und Vorname
Strasse, Nr. PLZ, Ort
Tel. Email
Datum: