

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
 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. Etiketete Name: _____ Vorname: _____ Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Geb. Datum: _____ Tel.P/Mobile: _____ E-Mail: _____ Kostenträger (KK, UVG-Vers.): _____ Mitgl./Unfall Nr.: _____	Anamnese / Indikation Fragestellung
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

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:** _____