



## Anmeldung zur Ultraschall Untersuchung

### Fachärztin

PD Dr. med. Sabine Schmidt-Weitmann

### Patientenangaben

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

### Termin

notfallmässig (bitte um telefonische Anmeldung)

regulär

Termin bereits vereinbart am:

zeitnah

### Angebot

Abdomen Ultraschall

Schilddrüse / Halsregion

Weichteilsonographie

Urogenital mit Restharnbestimmung

Mammae incl. Axillen bds.

Kontrastmittelverstärkte Sonographie (CEUS) Abdomen  
(Bsp. Unklare fokale Raumforderungen der Leber, Klassifikation von Nierenzyste etc.)

### Mitteilung

Fragestellung:

Datum

Unterschrift

Bitte legen Sie alle **relevanten Vorbefunde** der Anmeldung bei. Dies ermöglicht, die Interpretation und damit Qualität der Untersuchung zu verbessern und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Herzlichen Dank!