

Anmeldung zur Ultraschall-Untersuchung



Patient

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

.....
Telefonnummer

DRINGEND! Termin noch heute (bitte zusätzlich telefonisch anmelden)

Patient meldet sich zur Terminvereinbarung bitte Patient aufbieten

Dr. Kerstin Walter

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Neonatologie
Fähigkeitsausweis Pädiatrische Sonographie,
Hüftsonographie

Kapellenstrasse 5
3011 Bern
Tel. 031 300 31 61
Fax 031 381 01 61
www.drwalter.ch

praxis.drwalter@hin.ch

GLN Nr. 7601000996824

Gewünschte Untersuchung

Hüftultraschall Routine-Screening
 frühzeitiges Hüft-Sono bei positiver Familienanamnese

- V.a. Coxitis fugax
- Sono Schilddrüse
- Sono Abdomen
- Sono Niere und ableitende Harnwege
- Sono Schädel
- Sonstiges:

Anamnese:

.....
.....
.....
.....
.....

Fragestellung:

.....
.....
.....
.....

Zuweiser: GLN-Nr.:

Gewünschte Art der Befundmitteilung:

- per Fax an Nr.
- per email an:
- telefonisch unter:
- per Post

Datum / Stempel / Unterschrift