

Name/Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Tel. Nr.
Krankenkasse:
Versicherungsklasse:

**Ultraschallsprechstunde
Frauenklinik Spital Lachen AG**

Einweisender Arzt (Stempel)

Datum der Anmeldung

Fax 055 451 33 13

Geburtshilfe:

LP:

ET:

KT:

Parität:

Gravidität:

Zuweisung zur:

- RI:** Terminsicherung/Vitalitätsbeurteilung, Mehrlingsdiagnostik mit **Nackentransparenzmessung (NT)** (11 - 14 SSW)
 - Bitte mit der Messung der NT gleichzeitig die Blutentnahme für den **Ersttrimestertest (ETT)**
 - Die Patientin/das Paar wurde von mir über die NT und den ETT informiert
- RII:** Fetale Morphologie, Plazentalokalisation (20 - 23 SSW)
- Wachstumskontrolle**
- Lagekontrolle**
- Zervixlängenmessung** bei vorzeitigen Kontraktionen (Transvaginalsonographie)

Bisheriger Schwangerschaftsverlauf / anamnestische Besonderheiten / spezielle Fragestellungen:

Gynäkologie:

LP:

Fragestellung / Indikation:

Anamnestische Besonderheiten:

Telefonischer Bericht erwünscht?

Ja

Nein