

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