

Tel. +41 81 926 51 11  
Fax +41 81 926 51 99  
E-Mail: [medizin@spitalilanz.ch](mailto:medizin@spitalilanz.ch)

### Anmeldung Ultraschall

Patient hat Termin am (Datum/Zeit)

Patient aufbieten

Name:

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geb.Datum

Tel./Mobile

Krankenkasse

UVG/Schaden-Nr.

### Gewünschte Untersuchung

Abdomensonographie

Cerebrovasculärer Farbdoppler

Echokardiographie

Farbdoppler periphere Gefässe

Stressechokardiographie

Eingriff (Punktion, Biopsie, Drainage)

Kontrastmittelsonographie

Andere Organe

Konsiliarische Beratung zusätzlich erwünscht

### Klinische Angaben / Fragestellung

**AllergienQuick** (Punktion/Biopsie)

**Thrombozytenaggregationshemmer, orale Antikoagulantien**

**Datum**

**Einweisender Arzt**