

Zuweisung Frauenklinik Schwangerschafts-Ultraschalldiagnostik

Patientenname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	PLZ/Ort:	Telefon:
Para:	Gravida:	LP:
Err. Termin:	Korr. Termin:	
<input type="checkbox"/> 1. Schwangerschafts-Ultraschall (11. - 14. SS-Woche) gemäss KVG <input type="checkbox"/> Ersttrimestertest: vorbesprochen und gewünscht <input type="checkbox"/> Ersttrimestertest: Besprechung gewünscht <input type="checkbox"/> nicht-invasive Pränataldiagnostik		
<input type="checkbox"/> 2. Schwangerschafts-Ultraschall (20. - 23. SS-Woche) gemäss KVG		
<input type="checkbox"/> 3. Schwangerschafts-Ultraschall (30. - 32. SS-Woche)		
<input type="checkbox"/> Andere Indikation:		
<input type="checkbox"/> Doppler-Ultraschall: Indikation:		

den:

Unterschrift:

 Zuweisender Arzt

 Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)