

## ANMELDUNG SONOGRAFIE

Polipraxis St. Gallen AG  
Kornhausstrasse 3  
9000 St. Gallen

071 228 40 40  
polipraxis.sg@hin.ch  
Fachbereichsleiter: Prof. em. Dr. med. J. Osterwalder

### Patient\*in

Name Vorname

Geburtsdatum Tel. Mobile

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Zuständige Versicherung Versicherten-Nr. / Unfall-Nr.

Termin vereinbart auf Patient\*in bitte aufbieten

### Anamnese / Indikation

### Fragestellung

### Gewünschte Untersuchung

	Fokussiert Kardial	L	R Hüfte
L	R Lungen	L	R Knie
L	R Thoraxwand	L	R Fuss / Sprunggelenk
L	R Abdomen (nüchtern, volle Blase)	L	R Achillessehne
L	R Bauchwand	L	R Schulter
L	R Inguinalregion	L	R Ellbogen
L	R Venen	L	R Hand / Finger
Weiteres		L	R Infiltration gezielt

### Zuweiser\*in

Titel, Name und Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Tel. E-Mail