

ANMELDUNG SONOGRAFIE

Polipraxis St. Gallen, Kornhausstrasse 3, 9000 St.Gallen
polipraxis.sg@hin.ch | +41 71 288 40 40
Fachbereichsleiter: Prof. em. Dr. med. J. Osterwalder

Patient*in

Name Vorname
Geburtsdatum Tel. Mobile
Strasse, Nr. PLZ, Ort
Kostenträger Versicherten-Nr.
Termin vereinbart auf Patient/in bitte aufbieten

Anamnese / Indikation

Fragestellung (bei dringenden Zuweisungen bitte telefonische Kontaktaufnahme)

Bekannte Risiken (OAK, Allergien, Epilepsie, etc.)

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. Email
Datum: