

## 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		<input type="checkbox"/> 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

Anmeldung als Email versenden