

## Anmeldung Ultraschallsprechstunde

Datum der Anmeldung

## Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	E-Mail
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
Name Versicherung	Policen-Nummer
Name Zusatzversicherung	Policen-Nummer

## Geburtshilfe

LP ET KT

## Dringlichkeit

Parität Gravidität

## Zuweisung zur

**RI:** Terminsicherung/Vitalitätsbeurteilung, Mehrlingsdiagnostik **mit Nackentransparenzmessung (NT)** (11 - 14 SSW)Auch mit der Messung der NT gleichzeitig die Blutentnahme für den **Ersttrimestertest (ETT)**

Die Patientin/das Paar wurde von mir über die NT und den ETT informiert

**RII:** Fetale Morphologie, Plazentalokalisation (20 - 23 SSW)**Wachstumskontrolle****Lagekontrolle****Zervixlängenmessung** bei vorzeitigen Kontraktionen  
(Transvaginalsonographie)

## Bisheriger Schwangerschaftsverlauf / anamnestische Besonderheiten / spezielle Fragestellungen:

## Gynäkologie

LP:

Fragestellung / Indikation

Anamnestische Besonderheiten

## Telefonischer Bericht erwünscht?

Ja

Nein