

## Sonopraxis Baselland

Dr. med. Niklaus Trächslin  
EMH Radiologie

sonopraxis.ch

info@sonopraxis.ch

ntraechslin@hin.ch

Bruderholzstrasse 16 4103 Bottmingen Tel 061 425 65 00

# Anmeldeformular Ultraschall

### Patientenangaben/ Kleber:

Name: .....

Strasse/Nr.: .....

Vorname: .....

PLZ/ Wohnort: .....

Geb. Datum: .....

Telefon: .....

Geschlecht: m  f

Krankheit  / Unfall

Versicherung: .....

### Dringlichkeit:

sehr dringend (nächst möglicher Untersuchungstermin, bitte um tel. Anfrage)

bald (innerhalb 1-3 Tage)

nicht dringend (innerhalb 4-8 Tagen)

Bei Interventionen/ Infiltrationen: Antikoagulation? nein  ja  : was?.....

### Gewünschte Untersuchung/ Intervention/ Infiltration:

### Klinische Angaben/ Fragestellung:

**Bericht** an Zuweiser: per mail  per Post  per tel. Kurzbericht

**Bilder** (auf Wunsch): relevante Bilder: per mail  per CD

Die Befunde werden gleichentags versandt. Schwerwiegende Befunde werden vom Radiologen dem/der zuweisenden Arzt/ Ärztin direkt telefonisch mitgeteilt.

Bei relevanten, klinischen Befunden, die evt. zu einer weiterführenden Behandlung beim Spezialisten führt, wird dem Pat. direkt eine CD mit den Bildern mitgegeben.

Datum: .....

Absender / Stempel: .....

e-mail adresse: .....

Kopie an: