Anmeldung zur Ultraschall-Diagnostik in der **Gynäkologie (IOTA)**

|  |  |
| --- | --- |
|  Termin dringend  |  Termin regulär |

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Ort

Tel

Versicherung

**INDIKATION**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Ultraschall kleines Becken

|  |  |
| --- | --- |
|  Routine / Vorsorge Tastbefund auffälliger Ultraschall |  |

 Blutungsstörung Kinderwunsch IUP-Kontrolle V.a. Uterusanomalie (ggf. 3D) |  Zweitmeinung Cervix Endometrium Myometrium Uterus myomatosus Adnexe Ovar Zyste

|  |
| --- |
|  links  rechts einkammerig  mehrkammerig |

 |  Präoperative Beurteilung Tumornachsorge unklarer Befund Verlaufskontrolle |

 Ggf. Vorbefunde (Anlagen erbeten):

 andere:

Ich wünsche den Befund per:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Hin-Mail |  Fax  |  Post |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift / Arztstempel: |