



# FETALMED

Ultraschallpraxis Vadianstrasse

Dr. med. Claudia  
Salostowitz  
Vadianstrasse 24  
9000 St. Gallen  
T: 071 523 1717  
F: 071 523 1720  
fetalmed@hin.ch  
www.fetalmed.ch

## Anmeldung zur genetischen Beratung Dr. Spiegel

Termin dringend

Termin regulär

aktuelle SSW: \_\_\_\_\_

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Ort

Tel

Versicherung

### INDIKATION

Schwangerschaft, Risiko in der Familie:

Schwangerschaft Risiko beim Kind (pathologischer Test):

Familiäre Erkrankung:

Familiäre Krebs-Erkrankung:

Eigene Erkrankung:

andere:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ggf. Vorbefunde (Anlagen erbeten):  
\_\_\_\_\_

Ich wünsche den Befund per:

Hin-Mail

Fax

Post

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Arztstempel: \_\_\_\_\_