



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: _____