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: |