

# DOKUMENTATIONSBOGEN Duplex - ULTRASCHALL Geburtshilfe

(gemäß Ultraschall-Vereinbarung § 10 Abs. 1 und 2)



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Überweisender Arzt:				Datum:	
Indikation/Fragestellung:					
Letzte Untersuchung:					
LP. _____		ET. _____		rechn. jetzt: _____ SSW	
				korrigiert: _____ SSW	
	RI	PI	Beurteilung:	Ö <del>ä</del> } [ • ^ / E Empfehlung:	
Aa. Umb.					
A. Uterina re.					
A. Uterina li.					
A. Cerebri					
Ductus venosus					
Fetale Bewegungen					
Lagetyp/ Plazenta					
FW/Biometrie					
CTG					
Untersuchungsverhältnisse: <input type="checkbox"/> optimal <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> unzureichend					

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift