

DOKUMENTATIONSBOGEN ULTRASCHALL DUPLEX Geburtshilfe

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

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:	Empfehlung:	
Aa. Umb.					
A. Uterina re. A. Uterina li.					
A. Cerebri					
Ductus venosus					
Untersuchungsverhältnisse: <input type="checkbox"/> optimal <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> unzureichend					

Ort, Datum

Unterschrift