

**Kostenstelle**

Universitätsklinik für Radiodiagnostik – Radiologie II

Vorstand: O. Univ.-Prof. Dr. W. Jaschke

## **Ultraschall**

Bereichsleiter: A. Univ.-Prof. Dr. T. Rettenbacher

Terminvergabe: Tel.: 24022

**Patientenaufkleber**

### Untersuchungsbereiche:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abdomen, Retroperitoneum<br>und Unterbauch | <input type="checkbox"/> Kopf             |
| <input type="checkbox"/> Abdomen                                    | <input type="checkbox"/> Hals             |
| <input type="checkbox"/> Unterbauch                                 | <input type="checkbox"/> Axilla           |
| <input type="checkbox"/> Urogenitaltrakt                            | <input type="checkbox"/> Leiste           |
| <input type="checkbox"/> Nierenarteriendoppler                      | <input type="checkbox"/> Klavikularregion |
| <input type="checkbox"/> Bauchdecke                                 | <input type="checkbox"/> Thorax           |
| <input type="checkbox"/> Skrotum                                    | <input type="checkbox"/> Schulter         |
| <input type="checkbox"/> Beinvenendoppler                           | <input type="checkbox"/> Ellenbogen       |
| <input type="checkbox"/> Beinarteriendoppler                        | <input type="checkbox"/> Hand             |
| <input type="checkbox"/> Karotisdoppler                             | <input type="checkbox"/> Hüfte            |
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel-Sonographie                 | <input type="checkbox"/> Knie             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                  | <input type="checkbox"/> Fuß              |

Anforderungsdatum: .....

Untersuchungsdatum: .....

### **Klinische Angaben und Fragestellungen:**

(Vom zuweisenden Arzt auszufüllen, ggf. Rückseite verwenden)

Für die unten angeführten Untersuchungen ist eine Terminvereinbarung mit dem durchführenden Arzt erforderlich!

- Drainage
- Stanzbiopsie
- Diagnostische Flüssigkeitspunktion

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Piepser-Nr./Tel.: .....