

Untersuchungsanforderung Sonografie der Haut

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichert: _____

Amb.: Stat.:

Gebeten wird um Untersuchung von:

Körperareal 1: _____ Diagnose: _____

Körperareal 2: _____ Diagnose: _____

Körperareal 3: _____ Diagnose: _____

Anfordernde/r Kollege/in: _____

Telefon: _____ / _____

Funk: _____

Datum: _____

Photo: () bereits veranlasst () nicht vorgesehen () vorhanden

Operation vorgesehen am: _____ um: _____

() bisher nicht vorgesehen:

Es werden nur vollständig ausgefüllte Anforderungen bearbeitet

BEFUNDBERICHT

() Dermascan () DUB () Elegra () Esaote

Untersucher(in): _____

Datum: _____ um: _____

Dokumentation:

() Photo () Platte

