

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Anmeldung Sonographie

Campus Kiel

Medizinische Klinik 1

Ärztliche Leitung Sonographie: Dr. med. Marcus Seeger

Patientendaten: **Name** _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum _____

Indikation der Untersuchung/Fragestellung, kurze Anamnese:

Gewünschte Untersuchung:

- ☐ Oberbauchsonographie
- ☐ Darmsonographie
- ☐ Kontrastmittelsonographie
- ☐ Schilddrüsenultraschall
- ☐ Thoraxsonographie
- ☐ Lymphknotenultraschall
- ☐ Untersuchung der Halsgefäße
- ☐ Abklärung Beinvenenthrombose
- ☐ Abklärung Arm- und Subclaviavenenthrombose
- ☐ Temporalarterien, Abklärung Riesenzellarteritis

Wunschtermin: __ / __ / ____

Telefonnummer für Terminplanung: ____ / ____



Praxisstempel

Bürozeiten: montags – freitags 8.00 Uhr bis 15.30 Uhr

Telefon: 0431-500-22400/-390; Fax: 0431-500-22384