



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Ultraschalluntersuchung überwiesen. Der folgende Erhebungsbogen dient zur Erfassung Ihrer Voruntersuchungen und Vorerkrankungen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns eine optimale Befundung Ihrer Untersuchung vornehmen zu können.

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Wurde bei Ihnen früher eine Untersuchung (Röntgen/nuklearmedizinische Untersuchung/Ultraschall) durchgeführt?  ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:**

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes