

Dieses Formular bitte elektronisch versenden.

Leitung Abteilung:  
PD Dr. med. Christof Iking-Konert

**SENDEN**

## Anmeldeformular Ultraschallsprechstunde

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ und Ort	
Mobile (Tel.)	

### Diagnose, Anamnese, Klinik

### Fragestellung

### Hochauflösender Muskuloskelettaler Ultraschall – SGUM – SSIPM

Schulter  
Hüfte  
Ellenbogen

Knie  
Hand  
Fuss

Anderes:

Ultraschall gesteuerte Intervention

Ja

Nein

gem. klinischem Bild

Datum:

Zuweisender Arzt: