

**Ultraschalldiagnostik**

1. Screening 9.-12. SSW / 2. Screening 19.-22. SSW / 3. Screening 29.-32. SSW

Datum	Rechn. SSW	Befund

Datum	Rechn. SSW	Befund

Besonderheiten

a  A  b  B  c  C  d  D  e  E  f  F  g  G  h  H  i  I  j  J  k  K  l  L  m  M  n  N  o  O  p  P  q  Q  r  R  s  S  t  T  u  U  v  V  w  W  x  X  y  Y  z  Z  
 A  B  C  D  E  F  G  H  I  J  K  L  M  N  O  P  Q  R  S  Sch  St  T  U  V  W  XYZ

Gebühr  
 AOK  LKK  BKK  IKK  VdAK  AEV  Knappschaft  UV\*)

Name, Vorname des Versicherten  
 geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Letzter Arztbesuch  
 Quartal bzw. Jahr

Pat.-Nr.      M      F      R      P      Ablage-Nr.

Beruf/Tätigkeit      km      Ablage-Nr.

Familienstand      Telefon

Überweisender Arzt

Sonstiges:

**Schwangerschafts-Dokumentation**
