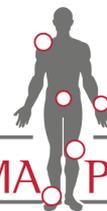


# Anmeldeformular Sonografie / Interventionen

**Rheumapraxis Männedorf**

**Email: rheumapraxis-maennedorf@hin.ch**

**Fax-Nr. 044 922 12 91**



**RHEUMA PRAXIS**  
M Ä N N E D O R F

**Wegbeschreibung unter [www.rheumapraxis-maennedorf.ch/kontakt/](http://www.rheumapraxis-maennedorf.ch/kontakt/)**

Herr     Frau

Name: .....

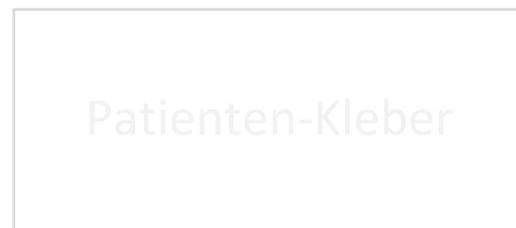
Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer: .....

Natelnummer: .....

Adresse: .....



Überweisung:     bald                       nicht dringlich

## **Hochauflösender muskuloskelettaler Ultraschall**

- Gelenk ..... rechts / links
- Weichteile ..... rechts / links
- periphere Nerven ..... rechts / links
- mit Infiltration falls indiziert
- Viscosupplementation ..... rechts / links
- Kalkneedling Schulter ..... rechts / links

## **Interventionen**

(Sonografisch in der Praxis / unter Durchleuchtung im Spital Männedorf jeweils Freitag-Nachmittags)

- ISG-Gelenk ..... rechts / links
- Fazettengelenke ..... rechts / links
- epidural cervical / lumbal ..... rechts / links
- epidural sakral ..... (sog. Sakralblock)
- Nervenwurzelblockade ..... rechts / links

Bitte relevante Röntgen-/OP-/Arztberichte beilegen.

Zusätzliche Informationen wie Blutverdünnung / Allergien: .....

PatientIn hat bereits einen Termin Datum am: .....

PatientIn bitte aufbieten

Klinische Angaben / Diagnosen:

.....  
.....  
.....

Fragestellung:

.....  
.....  
.....

Datum: .....

Unterschrift/Stempel: .....