

Sonographie Abdomen
Aufklärungsbogen

Niemeyerstraße 23
06110 Halle

Tel.: 0345/61400 - FAX: 0345/6140 210
www.halle-radiologie.de

Ihr Termin

am: _____

um: _____

Radiologische Gemeinschaftspraxis

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER · U. WEIDT
RADIOLOGEN
NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Dr. H.-J. Hurtz · Dr. M. Schmalfeld · Dr. S. Frank-Gleich · Dr. U. Neef
Niemeyerstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

die bei Ihnen vorgesehene Untersuchung erfolgt ohne Röntgenstrahlung.

Vorbereitung

Wir bitten Sie **2-3 Tage vor der Untersuchung** keine blähenden Mahlzeiten zu sich zu nehmen (z.B. Hülsenfrüchte und alle Kohlsorten).

Am Tag der Untersuchung müssen Sie **nüchtern** erscheinen.

Bei Fragen bezüglich der Medikamenteneinnahme (z.B. chronische Erkrankungen, wie Diabetes) wenden Sie sich bitte an uns.

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und halte die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen ein.

Datum, Unterschrift: _____

Stand: 01/15