

Patientenname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Krankenkasse	
Diagnosen	
Bisherige Abklärungen	
Fragestellung	

Bitte ankreuzen

<input type="radio"/> Notfall <input type="radio"/> dringlich <input type="radio"/> elektiv Wir bitten, notfallmässige Anmeldungen möglichst telefonisch vorzunehmen	
<input type="radio"/> Diagnostik <input type="radio"/> Diagnostik und ggf. Einleitung Behandlung <input type="radio"/> Verlaufskontrolle / Nachsorge	
<p>Gewünschte Abklärung</p> <input type="radio"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheit <input type="radio"/> Varikose, chronische venöse Insuffizienz <input type="radio"/> Ausschluss Venenthrombose <input type="radio"/> Dilatative Arteriopathie (Aneurysmata) <input type="radio"/> Karotisstenose <input type="radio"/> Nierenarterienstenose <input type="radio"/> Stenose der viszeralen Gefässe <input type="radio"/> Thoracic-outlet-Syndrom <input type="radio"/> Dialysezugang <input type="radio"/> Mikrozirkulation / Raynaudphänomen / Kapillarmiroskopie <input type="radio"/> Beinschwellung unklar <input type="radio"/> Lymphödem <input type="radio"/> Lipödem <input type="radio"/> Wundheilungsstörungen / Ulcera <input type="radio"/> Checkup <input type="radio"/> Aorta <input type="radio"/> Carotisduplex <input type="radio"/> ABI	<p>Medikamente</p>

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser