

Anmeldung Angiologie/Gefässchirurgie

Zuweisender Arzt/Praxisstempel/Abteilung



Gefässzentrum Bern
Praxis am Lindenhofspital

Dr. med. Ch. Caliezi
Angiologie und Innere Medizin FMH

Dr. med. J.C. Ducommun
Radiologie FMH, Lic és sciences physiques

Frau Dr. med. S. Gretener
Angiologie und Innere Medizin FMH

Dr. med. H. Hakki
Chirurgie FMH, spez. Gefässchirurgie

PD Dr. med. P.U. Reber
Chirurgie FMH, spez. Gefässchirurgie

Frau Dr. med. G. Romer-Schenk
Angiologie und Innere Medizin FMH

Dr. med. P. Rüede
Angiologie und Innere Medizin FMH

Dr. med. J. von Mühlönen
Chirurgie FMH, spez. Gefässchirurgie

PD Dr. med. T. Willenberg
Angiologie und Innere Medizin FMH

Datum

Patient/in _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aktenstudium | <input type="checkbox"/> Arterielle Abklärung untere Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> Klinische Beurteilung | <input type="checkbox"/> Arterielle Abklärung obere Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> Varizenabklärung | <input type="checkbox"/> Aorta, intestinale Arterien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Thromboseabklärung <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Cerebrovasculäre Abklärung <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li |
| <input type="checkbox"/> Fistelabklärung (A-V / Dialyse) | <input type="checkbox"/> Temporalarterien |
| <input type="checkbox"/> Wundabklärung/Beurteilung | <input type="checkbox"/> _____ |

Wunschtermin- und benachrichtigung:

- Vereinbarter Termin: _____
- Aufbieten für heute, oder morgen für diese Woche ab nächste Woche
- Telefonische Benachrichtigung gewünscht
- Kopie an: _____

Fragestellung _____

Klinische Informationen _____

Aktuelle Therapie _____