



Anmeldung Angiologie

Zuweiser Arzt / Praxisstempel / Abteilung

Datum:

Patient/in:.....
Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Strasse:.....
Wohnort:.....
Telefon:.....
e-mail:

Gewünschte Untersuchung:

- Aktenstudium
- Klinische Beurteilung
- Varizenabklärung re li
- Thromboseabklärung re li
- Fistelabklärung (A-V / Dialyse)
- Wundabklärung / Beurteilung
- Arterielle Abklärung untere Extremitäten
- Arterielle Abklärung obere Extremitäten
- Aorta, intestinale Arterien
- Cerebrovasculäre Abklärung re li
- Temporalarterien
-

Wunschtermin und -benachrichtigung:

- Vereinbarter Termin:.....
- Aufbieten für: heute morgen für diese Woche ab nächster Woche
- Telefonische Benachrichtigung gewünscht
- Bericht bitte per E-Mail Fax
- E-Mail/Fax:.....
- Kopie
- an:.....

Fragestellung:

.....
.....

Klinische Information:

.....
.....

Aktuelle Therapie:

.....
.....