



Anmeldung Gefässsprechstunde

Dr. med. H. Hakki
Chirurgie FMH, Gefässchirurgie FMH/FEBVS

PD Dr. med. P. U. Reber
Chirurgie FMH, Gefässchirurgie FMH/FEBVS

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

Frau Dr. med. A. E. Pasch
Chirurgie FMH, Gefässchirurgie FMH/FEBVS

Zuweisender Arzt / Praxisstempel / Abteilung

Datum:

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

Zuweisung an:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. H. Hakki | <input type="checkbox"/> Dr. J. von Mühlönen |
| <input type="checkbox"/> PD. Dr. P. U. Reber | <input type="checkbox"/> Frau Dr. A. E. Pasch |

Gewünschte Untersuchung:

- Aktenstudium
- Klinische Beurteilung
- Varizenabklärung
- Arterielle Abklärung
- Fistelabklärung (A-V / Dialyse)
- Wundabklärung / Beurteilung

Dringlichkeit.....
 Telefonische Rücksprache erwünscht

Fragestellung:

.....
.....

Klinische Information:

.....
.....

Aktuelle Therapie:

.....
.....