

Patientenname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Kostenträger	
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	
Gewünschte Abklärung <input type="radio"/> arterielle Perfusionsstörung <input type="radio"/> Arm <input type="radio"/> Bein <input type="radio"/> Abklärung tiefe Venenthrombose <input type="radio"/> Arm <input type="radio"/> Bein <input type="radio"/> Varikose, chronische venöse Insuffizienz <input type="radio"/> Checkup <input type="radio"/> Aorta <input type="radio"/> Carotisduplex <input type="radio"/> ABI <input type="radio"/> Beinschwellung unklar <input type="radio"/> Lipödem <input type="radio"/> Nierenperfusion/Nierenarterienstenose <input type="radio"/> Dialysezugang <input type="radio"/> Mikrozirkulation / Raynaudphänomen / Kapillarmikroskopie <input type="radio"/> Dilatative Arteriopathie (Aneurysmata) <input type="radio"/> Wundheilungsstörungen / Ulcera <input type="radio"/> minimalinvasive Venenbehandlung bei Varikose <input type="radio"/> Kontrastmittelultraschall (CEUS)	Medikamente

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser