

KONTAKTFORMULAR ÄRZTE

Patientenname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Diagnose _____

Bisherige Abklärungen _____

Fragestellung _____

Notfall Dringend Regulär

Wir bitten, notfallmässige Anmeldungen telefonisch vorzunehmen.

Diagnostik Diagnostik und ggf. Einleitung Behandlung Verlaufskontrolle / Nachsorge

GEWÜNSCHTE ABKLÄRUNG

Checkup Carotis Aorta ABI

arterielle Perfusionsstörung Bein Arm

Aneurysmata

Nierenarterien-/Mesenterialarterienstenose

tiefe, oberflächliche Venenthrombose Bein Arm

Varikose, chronische venöse Insuffizienz

unklare Schwellung Bein Arm

Lymph-/Lipoedem Bein Arm

Wunden/Ulcera

minimal-invasive Varizenbehandlung

MEDIKAMENTE

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel Zuweiser