



Zuweiser

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr . _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Fax _____

Email _____

Datum _____

Patientendaten

Name, Vorname _____

Telefon (P) _____

Geburtsdatum _____

Telefon (G) _____

Strasse, Nr . _____

Mobile _____

PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____

- Bitte um telefonisches Aufgebot zu Hause/Geschäft
- Bitte um schriftliches Aufgebot
- Termin bereits vereinbart

Klinische Angaben, Indikation, Fragestellung:

Begleiterkrankungen, Vorsichtsmassnahmen

(KHK, zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit, PAVK, Diabetes Mellitus, Implantate):

Medikamente:

1 ASS

1 Antikoagulation

1 Antidiabetikum

1 Antihypertensivum

1 Statin

1 andere:

Voruntersuchungen:

1 Labor

1 Röntgen/ CT/ MR/

1 Opsberichte/Interventionsberichte

1 Austrittsberichte

Abklärung:

- 1 TIA/ cerebrovaskulärer Insult
- 1 Hypertonieabklärung
- 1 Dilatative Arteriopathie
- 1 periphere arterielle Verschlusskrankheit
- 1 unklare Beinbeschwerden
- 1 Wundheilungsstörungen an unteren/oberen Extremitäten
- 1 Diabetisches Fussyndrom
- 1 Thrombose
- 1 Varizen
- 1 gerinnungsphysiologische Abklärung
- 1 Vaskulitis
- 1 Thoracic outlet Syndrom
- 1 Hypothenar-Hammer Syndrom
- 1 Raynaudsymptomatik
- 1 Erfrierungen

Duplexsonographie:

- 1 Carotiden
- 1 Temporalarterien
- 1 Armarterien
- 1 Armvenen
- 1 Venenmapping vor Hämodialysefistelanlage
- 1 Viszeralarterien
- 1 Nierenarterien
- 1 Aorta abdominalis
- 1 Becken-/ Beinarterien
- 1 Becken-/ Beinvenen

Therapie:

- 1 Kathetereingriffe (PTA)
- 1 Sklerotherapie
- 1 Miniphlebektomie
- 1 amb. Ilomedintherapie
- 1 Ulcusterapie