

Patientenanmeldung

stationär ambulant

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ / Ort

Krankenkasse

Auftraggeber

Arzt Stempel

Datum / Unterschrift

E-Mail

PLZ / Ort

Klinische Angaben und Fragestellung

- Verdacht auf PAVK
 Verdacht auf Beinvenenthrombose
 Verdacht auf Aortenaneurysma
 Verdacht auf Varikose
 Verdacht auf zerebrovaskulären Insult, Transient ischämische Attacke
 Verdacht auf Raynaudphänomen
 Verdacht auf Schultergürtelkompressionssyndrom
 Andere

Rückmeldung

mündlich schriftlich E-Mail

Dringlichkeit der Konsultation

dringend möglichst bald hat Zeit

Informationen für den Zuweisenden

Diagnoseliste

Medikamente

Relevante Laborwerte

Gewicht

Grösse

D-Dimerwert

Sprache

deutsch

andere: