

## 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 Armvenenthrombose
- Verdacht auf Aortenaneurysma
- Verdacht auf Varikose
- Verdacht auf zerebrovaskulären Insult, Transient ischämische Attacke
- 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: