

## P A T I E N T E N - A N M E L D U N G

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel P / Tel M: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

**Fragestellung / relevante Anamnese:**

**Gewünschte Untersuchung / Behandlung:**

- Venöse Abklärung / Varikosebehandlung
- Venöse Thrombosen Arm / Bein / Hals / viszeral
- Beinödeme / unklare Beinbeschwerden
- Arterielle Abklärung inkl. endovaskuläre und / oder chirurgische Therapie
- Duplexsonographie (u.a. Carotiden, Abdomen, Vaskulitis, Nieren, Aneurysmata, Hämodialyseshunt)
- Andere: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Arzt:**

- Dr. M. Troxler       Dr. R. Eichlisberger       Dr. A. Dikkes       Dr. P. Broz

**Procedere:**

- Bericht       telefonisch       per Fax/Post       per E-Mail

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift: \_\_\_\_\_