

## PATIENTEN-ANMELDUNG

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

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

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

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

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

**Diagnose:**

**Fragestellung / relevante Anamnese:**

**Gewünschte Untersuchung / Behandlung:**

- Venöse Abklärung / Varizenbehandlung
- Venöse Thrombosen
- Beinödeme / unklare Beinbeschwerden
- Arterielle Abklärung inkl. ggf. perkutaner transluminaler Angioplastie (PTA)
- Ulcus cruris inkl. Wundbehandlung
- Duplexsonographie (u.a. Carotiden, Abdomen, Vaskulitis, Nieren, Aneurysmata)
- Anderes: \_\_\_\_\_

**Dringlichkeit:**

- Innert 24h                       Innert weniger Tage                       Routine

**Gewünschter Arzt** (fakultativ)

\_\_\_\_\_

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

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