



## ZUWEISUNG ZUR ANGIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

Name, Vorname:

Arztstempel

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Datum:

Termin:

bitte aufbieten

Termin vereinbart:

### Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen):

- Arterielle Abklärung
- Venöse Abklärung
- Oedemabklärung
- Thromboseabklärung
- Ulcusabklärung
- Duplexsonographie:
  - Nierenarterien (bitte Blutdruck, Kreatinin beilegen)
  - Abdominalarterien
  - Hirnversorgende Gefässe (Karotis/Vertebralis)
  - Venenduplex
  - Arteriduplex
- Anderes:

### Dringlichkeit:

Gleichtags

Baldestmöglich

Gelegentlich

Indikation:

Klinische Angaben:

Medikamente:

Fragestellung / Erwartung:

Befund bitte mittels:

HIN

Fax

Schriftlich

Telefonisch

Bitte weitere Zuweisungformulare zustellen