**ZUWEISUNG ZUR ANGIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG**

Name, Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Arztstempel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

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

[ ]  Arterienduplex

[ ]  Anderes: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

# Dringlichkeit:

[ ]  Gleichentags [ ]  Baldestmöglich [ ]  Gelegentlich

Indikation:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klinische Angaben:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Medikamente:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Fragestellung / Erwartung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Befund bitte mittels:

[ ]  HIN [ ]  Fax [ ]  Schriftlich [ ]  Telefonisch

 [ ]  Bitte weitere Zuweisungformulare zustellen