**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