



Anmeldung zur Angiologischen Untersuchung

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Beruf:

Adresse:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Krankenkasse & Sektion:

Allgemein

Halbprivat

Privat

für Beurteilung und Vorschlag zum Procedere

für Beurteilung und Übernahme zur Therapie

Abklärung/Untersuchung von:

pAVK

Renovaskulärer Hypertonie

Transplantatniere

Hämodialysehunt

Extrakranielle hirnversorgende Gefässe

Atherosklerosescreeing

(Intima Media Dicke ACC)

Aneurysma spurium/AV-Fistel nach Katheter

Vaskulitis/Arteriitis temporalis

Morbus Raynaud

Ulcus cruris

Thrombose Bein Schultergürtel/Arm

Ödem einer Extremität

Varikose/Venektasien/Besenreiser

Präoperatives Einzeichnen von:

geeigneten Gefässen für Venenbypass

Varikose/Parvamündung/Perforanten

Arterien vor plastischer Operation

(Stielgefässe für Lappenplastik)

Gefässe für Hämodialysehunt

Fragestellung:

Diagnosen:

Bisherige Therapie/aktuelle Medikation:

Termin: Notfall möglichst bald gelegentlich

Praxisstempel, Unterschrift:

Datum:

DIESES FORMULAR KANN ANSTELLE EINES ÜBERWEISUNGSBRIEFES VERWENDET WERDEN

Für die Überlassung von Vorbefunden, Berichten und Laborergebnissen sind wir Ihnen dankbar.