



Zuweisung

(bitte per Mail an: angiologie-pratteln@hin.ch)

Patient/Patientin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nummer:

PLZ, Ort:

Telefon

E-Mail:

Versicherung/Versichertenkartennummer:

Zuweisungsgrund

- Venöse Abklärung (chronisch-venöse Insuffizienz etc.)
- Arterielle Abklärung (PAVK obere, untere Extremitäten, Aneurysma etc.)
- Lymph-/Lipödem
- Abklärung extrakranielle hirnversorgende Arterien (Carotis-, Vertebral-, ggf. Temporalarterien)
- Venenthrombose, Abklärung/Verlaufskontrolle
- Abklärung Aorta, ggf. Nieren-, Viszeralarterien
-

Dringlichkeit:

- Notfall (bitte auch telefonisch anmelden)
- Dringlich (innert 2-3 Tagen)
- Elektiv

Bemerkungen/Fragestellung

Datum:

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt:

Praxisstempel/Unterschrift:

Bitte jeweils Diagnoseliste und aktuellen Medikamentenplan beilegen!