**Zuweiserformular: Arterielle Abklärung**

|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Name |  | Geschlecht | □ weiblich□ männlich |
| Vorname  |  | Geburtsdatum |  |
| Strasse/Nr. |  | Nationalität |  |
| PLZ  |  | Telefon |  |
| Wohnort |  | Handy |  |
| Kostenträger |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung für:**□ Arterielle Abklärung und Uebernahme der Behandlung □ Arterielle Abklärung und Vorschlag zum Procedere

|  |  |
| --- | --- |
| □ PAVK-Abklärung | □ Nierenarterien |
| □ Carotis | □ Vaskulitis |
| □ Raynaud-Abklärung | □ PTA |
| □ Renovaskuläre Hypertonie | □ Andere |

 |

|  |
| --- |
| **Diagnose**   |

|  |
| --- |
| **Anamnese/Befund**    |

|  |
| --- |
| **Bisherige Behandlungen/Abklärungen**  |

|  |
| --- |
| **Fragestellung**   |

|  |
| --- |
| **Termin**  **□ Dringend □ Möglichst bald □ Gelegentlich** |

Ort und Datum Unterschrift/Stempel Zuweiser