**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