|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Sprechstunden**  Telefon 062 765 31 30  Email angiologie@spitalmenziken.ch | Asana Spital Menziken AG  **Departement Innere Medizin Angiologie**  Spitalstrasse 1  5737 Menziken |

**Einweisung/Überweisung Angiologie**

**Personalien**  
Name / Vorname  
(auch lediger Name Ehefrau)      …………………………………………………………………...

Adresse und Wohnort      ……………………………………………………………..........

Geburtsdatum / Geschlecht      ………………………………………………… m  w

Beruf      ……………………………………………………………..........

Adresse      ……………………………………………………………..........

Telefon privat / Mobiltelefon      ……………………………………………………………..........

**Gewünschte Behandlung / Fragestellung**

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ periphere arterielle Verschlusserkrankung | ❑ Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien (Carotiden) |
| ❑ Bestätigung / Ausschluss Thrombose (TVT) | ❑ Abklärung Bauchaortenaneurysma |
| ❑ Abklärung Varikose | ❑ Abklärung Raynaud Sympotmatik |
| ❑ Thrombophilieabklärung | ❑ Verdacht auf Arteritis temporalis |
| ❑ Ulkusabklärung | ❑ Duplexsonographie Nierenarterien (Hypertonieabklärung) |
| ❑ Lymphödembehandlung | ❑ Duplex Armarterien (Subclavian Steal Syndrom) |

Einweisungsgrund (Diagnose)      ……………………………………………………………..........

Fragestellung / Indikation      ……………………………………………………………..........

Bisherige Therapie (Medikamente)      ……………………………………………………………..........

…………………………………………………………………………...

**Termin** baldmöglichst  nicht dringend

Zuweisender Arzt      ……………………………………………………………..........

**Beilagen/Befunde** *(Falls vorhanden bitte dem Patienten mitgeben oder per Fax senden)*