|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Sprechstunden**Telefon 062 765 31 30Email angiologie@spitalmenziken.ch  | Asana Spital Menziken AG**Departement Innere MedizinAngiologie**Spitalstrasse 15737 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)*