

Vorname, Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Krankenkasse	
Diagnosen	
Medikamente	
Grund der Zuweisung / Fragestellung	

Gewünschte Abklärung:

- Tiefe Venenthrombose: Arm Bein Cervikal Links Rechts
 Oberflächliche Venenthrombose: Arm Bein Links Rechts
 Varizen / chronische venöse Insuffizienz
 Ödeme unklarer Ätiologie: Arm Bein Links Rechts
 Lipödem: Arme Beine
 Arterielle Perfusion (paVt): Arme Beine
 Mesenterialarterien (Angina abdominalis)
 Nierenarterien (arterielle Hypertonie)
 Aneurysma-Kontrolle
 Shunt-Kontrolle
 Venenmapping vor Shunt-Anlage
 Venenmapping vor Bypass-Anlage
 Suprathorakale Venen vor Katheter-Einlage
 Chronische Wunden
 Kontrastmittel-Ultraschall (CEUS)
 Kapillarmikroskopie (Raynaud-Phänomen, Akrozyanose)
 Vorsorge: Carotis Aorta ABI

Dringlichkeit

- Notfall
 dringend
 elektiv

Bei Notfällen bitten wir um eine telefonische Anmeldung.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel, Zuweiser