

Angiologisches Konsilium am _____ / bitte aufbieten

Patientendaten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefon _____ Natel _____
Krankenkasse _____

Fragestellung / Klinik

Arterien

- Arteriendoppler / Verschlussdruckmessung
- Pulsozillographie
- Belastungstest (Laufband)
- Transcutane O2 Messung / hydrostat.Druck

Venen

- Venendoppler
- Licht Reflexions Rheographie
(Venen-Plethysmografie)

Duplex (Verlauf,präop., postop.)

- Beinarterien
- Arterien im Abdomen /Becken
- Nierenarterien
- Armarkerien
- AV-Fistel / Shunt
- Extra- / Transkranielle Halsarterie (Carotis)

- Varia: (z.B. Temporalis, Retina)

Duplex (Verlauf, präop., postop.)

- Tiefe Beinvenen
- Oberflächliche Beinvenen
- Venenmapping (vor Bypass)
- Armvenen

Kapillaren

- Kapillarmikroskopie

Lymphgefässe

- Fluoreszenzmikrolymphografie

Bemerkungen:

- Bitte neue Formulare
- Bitte Rückruf Nr.:

Datum:

Der zuweisende Arzt (Stempel)

Dr. med. G. Jachertz

Facharzt für Angiologie und Innere Medizin FMH
Churerstrasse 54 8808 Pfäffikon SZ Tel 055 415 70 34 angiopoint@hin.ch www.angiopoint.ch