

Angiologisches Konsilium am _____ / bitte aufbieten

Patientendaten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Natel _____

Krankenkasse _____

Fragestellung / Klinik

Arterien

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

Duplex (Verlauf, präop., postop.)

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

- ☐ Varia: (z.B. Temporalis, Retina)

Venen

- ☐ Venendoppler
- ☐ Licht Reflexions Rheographie
(Venens-Plethysmografie)

Duplex (Verlauf, präop., postop.)

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

- ☐ Varia

Kapillaren

- ☐ Kapillarmikroskopie

Lymphgefässe

- ☐ Fluoreszenzmikrolymphografie

Bemerkungen:

- ☐ Bitte neue Formulare

- ☐ Bitte Rückruf Nr.:

Datum:

Der zuweisende Arzt (Stempel)