|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  Adresse:  Telefon:  Geburtsdatum:  Krankenkasse: | Grösse: cm  Gewicht: kg  Schwangerschaft:  ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Einweisender Arzt:  Hausarzt: | Spezielles (z.B. Abwesenheitszeitraum des Patienten): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gewünschte Untersuchung:   |  |  | | --- | --- | |  | Arterielle Diagnostik: | |  | Abklärung PAVK | |  | Duplexsonographie supraaortale Äste | |  | Duplexsonographie Nierenarterien | |  | Duplexsonographie Aorta | |  | Venöse Diagnostik: | |  | Abklärung Varikose | |  | Ausschluss Thrombose | |  |  | |  | Allgemeine Abklärungen: | |  | Abklärung Lymphödem | |  | Abklärung Thoracic outlet Syndrom | |  | Abklärung Reynaud Syndrom | | Aktuelle Medikation: |

|  |
| --- |
| Anamnese/Klinische Befunde: |

|  |
| --- |
| Fragestellung: |

|  |
| --- |
| Datum und Unterschrift: |

|  |
| --- |
| Einsenden an: kardiologie@ksow.ch |