

# Anmeldung Angiologie/Phlebologie

Terminwunsch / Dringlichkeit: \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Zuweisende(r) Ärztin / Arzt**  
 (Stempel und Unterschrift):

Datum: \_\_\_\_\_

**Abklärung und Behandlung** (inkl. Diagnostik durch uns soweit indiziert)

- Arterielle Problematik Arm/Bein inkl. endovaskuläre und/oder chirurgische Therapie
- Krampfaderleiden inkl. Behandlung ambulant oder stationär
- Venöse Thrombosen Arm/Bein/viszeral
- Ulcus der unteren Extremitäten / diabetischer Fuss (in Zusammenarbeit mit der Wundsprechstunde)
- Medizinische Fusspflege durch Podologin EFZ (nur Patienten mit PAVK u/o Diabetes mellitus)
- Beinödeme / unklare Beinbeschwerden
- Aortenaneurysma

**Duplexsonographie**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periphere arterielle Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Thrombose Arm/Bein                                     |
| <input type="checkbox"/> Varizen                                   | <input type="checkbox"/> Aortenaneurysma / Kontrolle nach EVAR                  |
| <input type="checkbox"/> Carotiden / Halsgefässe                   | <input type="checkbox"/> Hämodialysehunt (Mapping oder Kontrolle)               |
| <input type="checkbox"/> Nierenarterien / renovaskuläre Hypertonie | <input type="checkbox"/> Viszerale Gefässe                                      |
| <input type="checkbox"/> Grossgefässvaskulitis / Temporalarterien  | <input type="checkbox"/> IMT Messung Carotiden/kardiovaskuläre Risikoevaluation |

**Anamnese:**

**Fragestellung:**