|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:      Adresse:      Telefon:      Geburtsdatum:      Krankenkasse:       | Grösse:       cm Gewicht:       kgSchwangerschaft: [ ]  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 |