



Gefässzentrum Bern
Angiologie & Interventionen

Anmeldung Angiologie

Zuweiser Arzt / Praxisstempel / Abteilung

Datum:

Patient/in:.....
Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Strasse:.....
Wohnort:.....
Telefon:.....
e-mail:

Dr. med. Christoph Caliezi
Angiologie und Phlebologie FMH

Prof. Dr. med. Do Dai-Do
Angiologie und Phlebologie FMH

Frau Dr. med. Silvia Gretener
Angiologie und Phlebologie FMH

Dr. med. Axel Haine
Angiologie und Phlebologie FMH

Frau Dr. med. Gabriele Romer-Schenk
Angiologie und Phlebologie FMH

Dr. med. Patrick Rüede
Angiologie und Phlebologie FMH

PD Dr. med. Torsten Willenberg
Angiologie und Phlebologie FMH

Dr. med. Sarah Duchini
Angiologie und Phlebologie FMH

Gewünschte Untersuchung:

- Aktenstudium
- Klinische Beurteilung
- Varizenabklärung re li
- Thromboseabklärung re li
- Fistelabklärung (A-V / Dialyse)
- Wundabklärung / Beurteilung
- Arterielle Abklärung untere Extremitäten
- Arterielle Abklärung obere Extremitäten
- Aorta, intestinale Arterien
- Cerebrovasculäre Abklärung re li
- Temporalarterien
-

Wunschtermin und -benachrichtigung:

- Vereinbarter Termin:.....
- Aufbieten für: heute morgen für diese Woche ab nächster Woche
- Telefonische Benachrichtigung gewünscht
- Bericht bitte per E-Mail Fax
- E-Mail/Fax:.....
- Kopie
- an:.....

Fragestellung:

.....
.....

Klinische Information:

.....
.....

Aktuelle Therapie:

.....
.....