SPITALUSTER

Brunnenstrasse 42
Postfach, 8610 Uster
Tel. +41 44 911 11 11
www.spitaluster.ch

. . . . . .
Medizinische Klinik
Tel. +41 44 911 23 82
zuweisung.angiologie@spitaluster.ch

Zuweisung Angiologie

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN | DRUCKEN | SPEICHERN | VERSENDEN

Für Notfälle wenden Sie sich bitte direkt an den Dienstarzt der Medizin (044 911 14 00)

Patientenname:		**Vorname:**	**Geburtsdatum:**
Adresse:		**PLZ/Ort:**	**Telefon:**
Termin:	☐ dringlich	☐ nicht dringlich	☐ Gewünscht am
Versicherungsklasse:	☐ Privat	☐ Halbprivat	☐ Allgemein
Aufenthaltsart:	☐ Ambulant	☐ Stationär	
Diagnose/ Problem:			
Anamnese/Befund:			
Bisherige Medikamente:			
Fragestellung:			
Deutschkenntnisse:	☐ Ja	☐ Nein	Falls nein, welche Sprachkenntnisse:
Beruf:			
Gewünschte ambulante Untersuchung:	☐ Konsilium ☐ Venendoppler ☐ Arteriendoppler: ☐ Konsilium arteriell obere Extremitäten ☐ Konsilium arteriell untere Extremitäten inklusive Aorta ☐ Konsilium Vasculitis ☐ Konsilium Thoracic outlet ☐ Duplex extrakranielle Hirngefässe	☐ Duplex Nierenarterien ☐ Duplex Mesenterialarterien ☐ Duplex Dialyseshunt ☐ tcPO2- Messung ☐ Konsilium venöse Insuffizienzabklärung ☐ Duplex tiefe Venenthrombose ☐ Konsilium Lymphödem ☐ Konsilium Lipödem	

Datum:
Unterschrift:

Zuweisender Arzt Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)