Anmeldung VASC Angiologie & Interventionen AG

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse & Nr:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Krankenkasse

VEKA Nr.: 807

Aufbieten für:

☒ Elektiv ☐ Dringend ☐ Bereits vereinbarter Termin _____

Gewünschte Untersuchung:

☐ Thromboseabklärung ☐ links ☐ rechts

☐ Varizenabklärung ☐ links ☐ rechts

☐ Arterielle Abklärung untere Extremitäten (PAVK)

☐ Arterielle Abklärung obere Extremitäten / Raynaud

☐ Cerebrovaskuläre Abklärung / Temporalarterien

☐ Nierenarterien/ viszerale Arterien

☐ Gutachten

☐ Wundabklärung / Beurteilung

☐ Lipödem

☐ Lymphödem / Ödeme allgemein

☐ Beratung kardiovaskuläres Risiko

☐ Aorta / Aneurysma

☐ Aktenstudium (Zweitmeinung)

☐ _____

Fragestellung/ Klinische Information/ Aktuelle Therapien:

Praxisstempel / Zuweiser: _____ **Datum:** _____

Bitte mitsenden, wenn vorhanden:

☐ Aktuelle Medikamentenliste ☐ Berichte und Befunde

Gefässzentrum Bern
Bremgartenstrasse 119
CH - 3012 Bern
Tel +41 31 300 44 00
Fax +41 31 300 44 09
gefaesszentrum.bern@hin.ch
www.vasc-gefaesszentrum.ch

Berner Venenzentrum
Kramgasse 16
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 312 05 03
Fax +41 31 312 05 04
bvz@hin.ch
www.vasc-gefaesszentrum.ch

Gefässpraxis Solothurn
Zuchwilerstrasse 41
CH - 4500 Solothurn
Tel +41 32 530 40 50
Fax +41 32 530 40 59
gefaesspraxis.solothurn@hin.ch
www.vasc-gefaesszentrum.ch

AngioBurgdorf
Oberburgstrasse 54
CH - 3400 Burgdorf
Tel +41 34 421 23 55
Fax +41 34 421 23 57
angiomail@spital-emmental.ch
www.vasc-gefaesszentrum.ch