

Angiologisches Konsilium am _____ / bitte aufbieten

Patientendaten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Natel _____

Krankenkasse _____

Fragestellung / Klinik

Arterien

- Arteriendoppler / Verschlussdruckmessung
- Pulsoszillographie
- Belastungstest (Laufband)
- Transcutane O₂ Messung / hydrostat.Druck

Venen

- Venendoppler
- Licht Reflexions Rheographie
(Venen-Plethysmografie)

Duplex (Verlauf, präop., postop.)

- Beinarterien
- Arterien im Abdomen /Becken
- Nierenarterien
- Armarterien
- AV-Fistel / Shunt
- Extra- / Transkranielle Halsarterie (Carotis)

Duplex (Verlauf, präop., postop.)

- Tiefe Beinvenen
- Oberflächliche Beinvenen
- Venenmapping (vor Bypass)
- Armvenen

Varia: (z.B. Temporalis, Retina)

Varia

Kapillaren

- Kapillarmikroskopie

Lymphgefässe

- Fluoreszenzmikrolymphografie

Bemerkungen:

Bitte neue Formulare

Datum:

Bitte Rückruf Nr.:

Der zuweisende Arzt (Stempel)