

Anmeldung Gefässkompetenz Zentrum

Senden an Disposition Gefässkompetenz Zentrum:

Fax 055 451 32 67 Tel. 055 451 32 66

E-Mail: zentrum@gefaess-kompetenz.ch

Personalien

Pat-ID _____

Fall-ID _____

Zimmer _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon Privat _____

Krankenversicherer _____

Versichertennummer _____

stationär

Dringlichkeit

Notfall innert 5 Tagen innert 1 Monat elektiv Terminwunsch

Duplex Beinarterien

Ausschluss TVT

Duplex Arterien obere Extremitäten

Oszillographie

Duplex Beinvenen

diabetische Fussprechstunde

Duplex Venen obere Extremitäten

Venenmapping

Duplex Carotis

Anderes

Bauchaorta

Zuweisender Arzt/Zuweisendes Spital

Telefon

Indikation / Fragestellung

Datum 16.10.2017

Visum Arzt:

Ansprechpartner bei Notfällen:

Notfall

055 451 36 05