

ANMELDUNG ZUR ANGIOLOGISCHEN ABKLÄRUNG

- ☐ **regulär** innert 4 Wochen
- ☐ **dringend** innert 2-3 Tagen
- ☐ **notfallmässig** am gleichen Tag (bitte kurz telefonisch rückbestätigen, danke)

Patientenangaben

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon		Mobile	
Geburtsdatum		E-Mail	

Überweisungsgrund / Fragestellung

Diagnosen

Medikamente

Labor

Bemerkungen

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name	
Adresse	
Ort, Datum	

Praxisstempel

--