



**Klinik für Kardiologie und Angiologie
Angiologie/Interdisziplinäres
Gefäßzentrum (IGZ)
Abteilungs-Chefarzt
Prof. Dr. med. Thomas Zeller**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Bitte verwenden Sie dieses Formular zur Terminvereinbarung.
Wir sind bemüht, dass Sie schnellstmöglich einen Termin per Rückfax erhalten.
Bitte geben Sie dem Patienten alle relevanten Befunde und eine Überweisung
für die angiologische Untersuchung mit.

Telefon +49 7633 402-4900
Telefax +49 7633 402-4909

Mit herzlichem Dank

Anmeldung

Praxis (Stempel):

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Telefon:

Geb.-Datum: _____

Fax:

Telefon: _____

ambulant

stationär (Laborwerte s. unten!*)

Versicherung:

gesetzlich

privat

Stationäre Zusatzversicherung:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Wahlarztbehandlung

Klin. Angaben:

Abklärung

Verlaufskontrolle

*Laborwerte: Hb: _____ Kreatinin: _____ Harnstoff: _____ TSH: _____ fT3: _____ fT4: _____

Bei PAVK mit Wunde:

Bitte Wundabstrich entnehmen!

MRSA

ESBL

Pat. geschäftsfähig

Demenz → Betreuer vorhanden?

Ja

Nein

Gewünschte Untersuchung:

PAVK untere Extremität

Aortenaneurysma

Nierenarterienstenose**

PAVK obere Extremität

Mesenterialgefäße

Karotiden

Varizenabklärung in der Venenambulanz, Tel. 07633/402-4930, Fax: 4939

**Bei Nierenarterienstenose bitte LZ-RR, Medikamentenplan und Laborwerte (Kreatinin, Harnstoff) mitgeben.

Terminwunsch:

Terminmitteilungen gehen nur an die Praxis!

mittelfristig (Wartezeit ca. 2-3 Wochen)

elektiv

Notfallanmeldung telefonisch 07633/4020 mit Notfallarzt verbinden lassen

Bitte zurück per Fax an 07633/402-4909

