

Zuweiserformular

(bitte einscannen und an vasacura@hin.ch mailen)

Gewünschter Untersuchungsort

- VASACURA, Gefässpraxis am Schlossberg, Lyssachstrasse 17, 3400 Burgdorf
- Venenzentrum Spital Langnau i.E., Dorfbergstrasse 10, 3550 Langnau i.E.

Patient/Patientin (auch Patientenetikette möglich)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nummer:

PLZ, Ort:

Telefon, E-Mail:

Versicherung/Versichertenkartennummer:

Zuweisungsgrund

- Venöse Abklärung (chronisch-venöse Insuffizienz etc.)
- Arterielle Abklärung (pAVK obere und untere Extremitäten etc.)
- Lymph-/Lipödem
- Abklärung extrakranielle hirnzuführende Gefässe (Carotis)
- Ausschluss/Verlaufskontrolle tiefe Venenthrombose
- Abklärung Gefässe Niere/Viszeral

Bemerkungen/Fragestellung

Datum:

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt:

Praxisstempel und Unterschrift:

Bitte jeweils Diagnoseliste und aktuellen Medikamentenplan beilegen!