



Überweisung

Ich bitte Sie, meine Patientin / meinen Patienten

- sofort (innert 1-2 Tagen)
 bald (innert 1-2 Wochen)
 gelegentlich (in den nächsten 4-6 Wochen)
 wunschgemäss

Berichtserstattung per Mail (nur HIN-Account) gewünscht: _____

für nachstehende Untersuchung / Abklärung / Behandlung anzubieten:

- Phlebologische Untersuchung Anderes Beinleiden:
 Angiologische Untersuchung Plast., Rekonstruktive u. Ästhetische Chirurgie

- Wundsprechstunde mit der Bitte um konsiliarische Beurteilung und Behandlungsvorschlag
 Wundsprechstunde mit der Bitte um kurzfristige Übernahme der Behandlung
 Wundsprechstunde mit der Bitte um langfristige Übernahme der Behandlung

Operation: _____

Patientin / Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Krankenversicherungskategorie:

- allgemein allgemein (ganze Schweiz)
 halbprivat privat

Adresse: _____

Klinische Angaben:

Anamnese / Befunde / Fragestellung / Bemerkungen:

Relevante Vorerkrankungen:

Datum:

Zuweisender Arzt:

Bitte ausfüllen und an info@venenlinik.ch oder an die obenstehende Adresse senden.
Sie können uns das Dokument auch per Fax zukommen lassen: 071 678 22 67.