

Anmeldeformular Angiologie

| | |
|--|---|
| Name, Vorname | Leipziger Straße 137/137a, 09113 Chemnitz |
| Geburtsdatum | Tel.: 0371 333-53000 |
| Tel.-Nr. des Patienten | Fax.: 0371 333-53108 |
| Ggf. Betreuer & Tel. Nr. des Betreuers | Mail: rezeption.amb@herzcentrum-chemnitz.de |

Notfall-Anmeldung: 0371 333-53008

Einweiser/Anmelder:

| | | | |
|---------------------|-------|-------------|----------------|
| Krankenhaus/Praxis: | Arzt: | Tel.-Nummer | Dringlichkeit: |
| | | | Elektiv: |
| | | | < 7 Tage: |

Diagnostik:

| | | | |
|---------|--|------|--|
| Arterie | | Vene | |
|---------|--|------|--|

Region:

| | | | | | | | |
|----------------------|--|-------|--|--------|--|-----------|--|
| Halsgefäße | | links | | rechts | | beidseits | |
| Armgefäße | | links | | rechts | | beidseits | |
| Beingefäße | | links | | rechts | | beidseits | |
| Nierenarterien | | links | | rechts | | beidseits | |
| Bauchaortenaneurysma | | | | | | | |

Symptome in den Extremitäten:

| | | | | | |
|------|--|----------------|--|--------------------|--|
| kalt | | Akuter Schmerz | | Gehstrecke < 50 m | |
| warm | | Schwellung | | Gehstrecke > 200 m | |

Beschwerdebeginn:

| | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| < 2 Tage | | < 1 Monat | |
| < 1 Woche | | > 1 Monat | |

Hinweise:

1. Patienten mit akuter Ischämie (Bein kalt, kein Puls, Schmerz bei Ruhe) – sofortige Vorstellung auf der internistischen Notfallstation in der Bürgerstraße 2!

Notfall-KINA: 0371 333-42793

2. Patienten mit Thrombose können jederzeit vorgestellt werden (Kennzeichnung auf Überweisungsschein erforderlich), Anmeldung via Terminfax und Arztentscheid

3. Für den Fall einer regulären Diagnostik wird nächste freie Termin vergeben.

Wir rufen Ihren Patienten und Sie an und übermitteln Ihnen den gewünschten Termin.

Ihre Dres. Ernstberger & Dänschel - im Namen des Teams der Poliklinik gemeinnützige GmbH Chemnitz

Bearbeitungsvermerk (nur von MVZ Am Küchwald auszufüllen):

Termin ist am: _____ bearbeitet von: _____