



Klinik für Diagnostische Radiologie,
Kinderradiologie, Neuroradiologie und
Interventionelle Radiologie
Chefarzt Prof. Dr. med. Markus Uhl

St. Josefskrankenhaus
Sautierstraße 1
79104 Freiburg im Breisgau

Tel: 0761 2711-2911

Fax: 0761 2711-2902

E-Mail: Radiologie@rkk-klinikum.de

Leitung Interventionelle Radiologie
Dr. med. Lars Maruschke, EBIR

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.
Mit herzlichem Dank

Anmeldung

Praxis (Stempel)

Patientendaten

	Name	_____
	Vorname	_____
	Geb.-Datum	_____
Telefon	Telefon	_____
Fax		_____

Versicherung

<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> privat

Stationäre Zusatzversicherung:

<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer	<input type="radio"/> Wahlarztbehandlung
------------------------------------	------------------------------------	--

Klin. Angaben

<input type="radio"/> Abklärung	<input type="radio"/> Verlaufskontrolle	<input type="radio"/>
---------------------------------	---	-----------------------

*Laborwerte Hb: _____ Kreatinin: _____ Harnstoff: _____ TSH: _____ ft3: _____ ft4: _____

Bei PAVK mit Wunde: Bitte Wundabstrich entnehmen MRSA ESBL

<input type="radio"/> Patient geschäftsfähig	<input type="radio"/> Demenz → Betreuer vorhanden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	---	--------------------------	----------------------------

Gewünschte Untersuchung

<input type="radio"/> PAVK untere Extremität	<input type="radio"/> Periphere Aneurysmata	<input type="radio"/> Nierenarterienstenose**
<input type="radio"/> PAVK obere Extremität	<input type="radio"/> Mesenterialgefäße	

** 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

Bitte zurück per FAX an 0761 / 2711-2902