

Bitte zurücksenden an:

Deutsche Gesellschaft Venen e.V.
Redaktion Venenärzte-Verzeichnis
Postfach 18 10
90007 Nürnberg

DGV Venenärzte-Verzeichnis 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft Venen beantwortet seit ihrer Gründung 1990 umfangreiche Anfragen von betroffenen Patienten und Gesundheitstherapeuten sowie Institutionen, niedergelassenen Ärzten und Versicherungen nach Kollegen, das heißt Mediziner und Einrichtungen, die sich speziell dem Themenkreis der Venenerkrankungen zuwenden.

Um diesem großen Bedarf zu entsprechen, geben wir seit Jahren die viel gefragten DGV-Verzeichnisse zu niedergelassenen Phlebologen sowie Venenkliniken heraus. Wir haben daher eine Datenbank eingerichtet, die alle wesentlichen Angaben hierzu aufnimmt. Bereits über 2.250 phlebologisch tätige Mediziner beziehungsweise Kliniken sind erfasst.

Zur Neuaufnahme bzw. Aktualisierung Ihrer Angaben erhalten Sie diesen Fragebogen, mit der Bitte, ihn bald möglich vollständig ausgefüllt zurückzusenden. Die vierte ausführlich überarbeitete Printausgabe des DGV Venenärzte-Verzeichnisses wird im Frühjahr 2011 erscheinen und bundesweit verteilt werden. Unsere Datenbank wird *»täglich«* aktualisiert. Der Eintrag in dieses Verzeichnis ist selbstverständlich wie bisher kostenlos für Sie.

Wir würden uns freuen, bald Ihren beantworteten Fragebogen zu erhalten. Herzlichen Dank schon an dieser Stelle für Ihre freundliche Zusammenarbeit!

Mit den besten Grüßen

Deutsche Gesellschaft Venen e.V.

Christian M. Silinsky
Generalsekretär

PS: Einige Angaben im Fragebogen dienen zu unserer Hintergrundinformation und werden nicht veröffentlicht. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen wirklich vollständig auszufüllen. *Herzlichen Dank!*

Dieser Fragebogen kann auch im Internet unter <http://www.DGVenen.de/Therapeuten> als PDF heruntergeladen und als Formular am Bildschirm (z.B. mit Adobe Reader) ausgefüllt werden.

Praxis-Name
Gemeinschaftspraxis _____

Haus / Gebäudeteil
evtl. Center-Name _____
Straße / Hausnr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon (Zentrale)
Vorwahl / Rufnummer _____
Telefax (Zentrale)
Vorwahl / Rufnummer _____
E-Mail _____
URL / Homepage
http://www. _____

Ergänzende Merkmale

bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

Abrechnungsmöglichkeiten **GKV:** Abrechnung über gesetzliche Krankenkasse ist möglich
 PKV: Behandlungen – speziell von Venenerkrankungen – werden nur/auch als **Privatärztliche Leistung** abgerechnet

Spezialisierung
(auch Teil-Spezialisierung) Gefäßerkrankungen
 Venenerkrankungen
 Lymphologie
 Kosmetische Chirurgie

Weitere Angebote Physikalische Therapie / Kneipp
 Rehabilitation / ambulante Kur
 Beratungsleistungen (z.B. Ernährung, Gesundheitsberatung)
 Sport-Therapie / Trainingsanleitung (z.B. Sport-Pädagogen)

Operative Einrichtungen

Es werden auch ambulante OPs in der Praxis durchgeführt (*Tagesklinik*)
 Post-operative Nachsorge wird angeboten

*Chirurgische Verfahren/
Behandlungs-Methoden
bitte auf Seite 4 eintragen*

Ambulante OPs werden (*auch*) in diesem OP-Zentrum / Klinik durchgeführt:

Ich/wir habe/n Belegbetten (als Belegarzt) in folgender Klinik:



Phlebologisch tätige Ärzte

3

1

Familiennamen

Titel / Vorname

Zusatzbezeichnung Phlebologie phlebologisch tätig seit (Jahr): _____

Facharzt für

Position

Tel-Durchwahl
persönliche E-Mail

2

Familiennamen

Titel / Vorname

Zusatzbezeichnung Phlebologie phlebologisch tätig seit (Jahr): _____

Facharzt für

Position

Tel-Durchwahl
persönliche E-Mail

3

Familiennamen

Titel / Vorname

Zusatzbezeichnung Phlebologie phlebologisch tätig seit (Jahr): _____

Facharzt für

Position

Tel-Durchwahl
persönliche E-Mail

Ansprechperson Erstkontakt für Patienten

Familiennamen

Titel / Vorname

Position / Funktion

Telefon / Durchwahl

Telefax

E-Mail

URL / Homepage
http://www.

Diagnostik bei Venenerkrankungen
zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

Spezielle apparative Diagnostik:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doppler-Sonographie | <input type="checkbox"/> Plethysmographie |
| <input type="checkbox"/> Farb-Duplex-Sonographie | <input type="checkbox"/> Lichtreflexions-Rheographie (LRR) |
| <input type="checkbox"/> Venenverschluss- Pletysmographie (VVP) | <input type="checkbox"/> Phlebodynamometrie |
| | <input type="checkbox"/> Phlebographie |

Chirurgische Therapie bei Venenerkrankungen
zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

- | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sklerosierung | <input type="checkbox"/> Schaum-Sklerosierung |
| <input type="checkbox"/> Stripping | <input type="checkbox"/> Mikro-Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> CHIVA |

Bitte nennen Sie uns weitere therapeutische Verfahren Ihrer Praxis:
insbesondere spezielle Laserverfahren und aktuelle Neuigkeiten ...

Konservative Therapie bei Venenerkrankungen
zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Vielen Dank!

- Kompression (Verband / Strumpf)
- apparative intermittierende Kompression (AIK)
- Naturheilverfahren (auch Hydrotherapie / Kneipp)
- Sport-Angebote, Trainingsberatung (z.B. durch Sport-Therapeuten)
- Beratung (Ernährung, Bewegung; z.B. durch Gesundheits-Pädagogen)

Die mit diesem Fragebogen abgefragten Daten werden in der nächsten aktuellen Ausgabe des DGV Venenärzte-Verzeichnisses nach einheitlichen Kriterien eingetragen und veröffentlicht. Die Angaben werden elektronisch gespeichert und stehen zur Information von Betroffenen / Interessenten zur Verfügung.

| | |
|-------------|------------------------|
| Ort / Datum | Unterschrift / Stempel |
| | |