Anmeldeformular zur Wundsprechstunde

**Zuweiser:**

Dr. med.: Strasse /Nummer:

Telefonnummer: PLZ/Ort:

Faxnummer:

**Patient :**

Name: Vorname :

Geburtsdatum:

Strasse /Nummer: PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Krankenkasse: Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wunde: Wahrscheinlich aufgrund von:**

Lokalisation :

* CVI
* PAVK
* Diabetes melitus
* Andere :

Größe :

Bestehend seit:

Multiresistente Keime (MRSA,MRGN3/4 ): ja  nein \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte zum Termin dem Patienten mitgeben:**

* aktuellen Wundabstrich(nicht älter als 2 Wochen)
* nach Möglichkeit angiologische und phlebologische Abklärung im Vorfeld
* Überweisungsschein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ | 2018 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Termin vereinbart für:

 (wird von Wundambulanz ausgefüllt)