

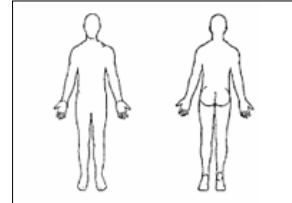
Anmeldung zur Wundberatung

Senden an: F +41 55 418 52 34 | Direktwahl: T +41 55 418 54 55

Patient/in

Name/Vorname _____
 Strasse/Nummer _____
 PLZ/Wohnort _____
 Geburtsdatum _____
 Krankenkasse _____
 Telefon _____

Lokalisation der Wunde



Medizinische Diagnosen/Comorbiditäten

Wundtyp

- Ulcus Cruris Venös Arteriell Gemischt Lymphatisch
 Diabetische Wunde Tumorwunde Dekubitus Andere Wunden _____

Wundursache / beeinflussende Faktoren

- Diabetes Polyneuropathie CVI PAVK
 Immobilität Mangelernährung Allergien _____
 Weitere Faktoren _____

Medizinische Abklärungen

- Doppler Angiographie Phlebographie Ernährungsstatus ABI re ____ li ____
 Andere Abklärungen _____

Aktuelle Medikamente

Bisherige Wundversorgung / Probleme

Bericht an Hausarzt

- Schriftlich Telefonisch Kein Bericht notwendig

Ort/Datum _____ Unterschrift _____