

Anmeldung Wundambulatorium

Anmeldung Patient erfolgt durch : _____

Personalien Patient:

Name _____ Telefon P _____

Vorname _____ Telefon G _____

Geburtsdatum _____ Mobiltelefon: _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Wundsituation/Umfeld

Diagnose/Begleiterkrankungen

Aktuelle Medikamentenliste

Zuweisungsgrund

Anforderung / Fragestellung ans Team Wundpflege

Anforderung / Fragestellung an Facharzt/Fachärztin

Dringlichkeit bezgl. 1. Termin im Wundambulatorium:

Vorhandene Berichte werden uns zugestellt per: _____

Freundliche Grüsse

Datum _____ Name _____

Stempel und Unterschrift