

## 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