

ANMELDUNG ZUR AMBULANTEN WUNDBERATUNG UND WUNDBEHANDLUNG



Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Vers. Nr.

Zuweisung durch

Mitbetreuende Ärzte / Ärztinnen

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Aktuelle Problematik

Aktuelle Lokaltherapie

Fragestellung / Verordnung

Bisherige Abklärungen

Angiologische Standortbestimmung (arteriell / venös / lymphatisch) ☐ geplant ☐ durchgeführt ☐ nicht nötig

Datum

Unterschrift + Stempel Arzt / Ärztin