

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

Konsilium durch Wundarzt / -ärztin Wundberatung durch Wundexperten / -in

Terminwunsch

Rückmeldung erwünscht: Brief Mail Telefon keine

Datum: Unterschrift Arzt / Ärztin Stempel EAN.Nr. ZSR NR.

Lindenhofspital
Stomaberatung | Tel. +41 79 201 58 57 | wundberatung.lindenhof@lindenhofgruppe.ch
lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE