

# Anmeldung Wundambulatorium für Zuweisende

## Persönliche Angaben Patientin / Patient

Nachname		Vorname		
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Strasse / Nr.		PLZ / Ort		
Tel. Privat		Tel. Mobil		
Tel. Geschäft		E-Mail-Adresse		
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
Versicher.-Nr.				
	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
AHV-Nummer				

## Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Nachname		Vorname	
Ort		Telefon	

## Anmeldung

Übernahme der Wundbehandlung  
  Wundbeurteilung und Vorschlag Procedere  
  Abklärungen Angiologie

## Diagnose

## Bisherige Therapie

## Bisherige Abklärungen:

## Aktuelle Medikation

## Fragestellung/Bemerkung