

Anmeldung Wundberatung

Chirurgische Klinik | Wundberatung | T +41 55 418 54 55 | wundberatung@einsiedeln.ameos.ch

Zuweiser

Name/Vorname _____ E-Mail _____
 Praxis/Klinik _____ Ort/Datum _____
 Telefon _____

Patient/Patientin

Name _____ Geburtsdatum _____
 Vorname _____ Telefon privat _____
 Strasse/Nummer _____ Mobile _____
 PLZ/Wohnort _____ Krankenkasse _____

Aufenthalt ambulant stationär
Bericht an Hausarzt schriftlich telefonisch kein Bericht notwendig

Wundbeschreibung

Diagnosen (ICD-10)

Wundtyp

Ulcus Cruris
 venös
 arteriell
 gemischt
 lymphatisch
 Diabetische Wunde
 Tumorstunde
 Dekubitus
 Andere Wunden

Wundursache/beeinflussende Faktoren

Diabetes
 Polyneuropathie
 CVI
 PAVK
 Immobilität
 Mangelernährung
 Allergien

 Andere Abklärungen

Medizinische Abklärungen

Doppler
 Angiographie
 Phlebographie
 Ernährungsstatus
 ABI re

 ABI li

 Andere Abklärungen

Bemerkungen

