



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

**Patienten-Anmeldeformular
Wundsprechstunde (Wundzentrum Dermatologie und Gefäßchirurgie)**

Telefax: 0221-478 98334

<p>Patientin/Patient</p> <hr/> <p>Name, Vorname</p> <hr/> <p>Straße Hausnummer</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <p>Geb. Datum:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>E-Mail-Adresse:</p>	<p>Telefonnummer Praxis und Stempel</p>
---	--

- Körpergewicht > 130 kg : ja nein
- Gamaschenulkus ja nein
- Mobilität des Patienten:** mobil: ja nein, Transport

Kontaktdaten

- MRSA positiv:** ja nein

Angaben zur Erkrankung:

(Verdachts)Diagnose: _____

Vorbefunde bitte mitbringen:

- › Arztbrief des Zuweisers, Angaben zu Vorerkrankungen
 - › Kopie von Vorbefunden (z. B. Histologischer Befund, Gefäßstatus, phlebologischer Befund, Angiographie, Röntgenbefunde)
 - › aktueller Medikamentenplan
 - › Plan aktuelle Wundversorgung
 - › Versorgung durch Pflegedienst?
- ja nein

Lokalisation, Anzahl und Größe der Wunde bitte einzeichnen:

