

Anmeldung für Wundbehandlung

Personalien _____

Tel _____

Geb. Datum _____

Arzt _____

Krankenkasse _____ Nr _____

Diagnose(n) PAVK Diab. mell. chron. venöse Insuffizienz

Hauptproblem _____

Lokalisation _____ Grösse _____

Kompression ja nein Bekannt seit: _____

Aktuelle Lokaltherapie _____

Fragestellung _____

Termin: sofort gelegentlich

Datum, Unterschrift _____

Bitte Anmeldung per Mail an: