

Patientenanmeldung Wund- und Stomaberatung

Bitte möglichst elektronisch senden an: wunde@spitalmaennedorf.ch bzw. stoma@spitalmaennedorf.ch

Personalien

Name				Vorname			
Strasse, Nr.				PLZ, Wohnort			
Telefon 1/ P				Telefon 2/ G			
Geburtsdatum	W	M		AHV-Nr.			
Grundversicherung				Zusatzversicherung			
Versicherungsklasse	Allg.	AD	EX	NPFL/Wahleingriff	Ja	Unfall*	
Totalupgrade auf				Selbstzahler	Ja	Krankheit	
				Depotbetrag	CHF		
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r				*falls ja, Arbeitgeber			
				PLZ, Ort			

Wundberatung

Wundtyp	Ulcus Cruris (venosum, arteriosum, mixtum) Dekubitus Traumatische Wunde Postoperative Wunde Andere:
Diagnose	Diabetes mellitus PAVK, Grad: Chronische Venöse Insuffizienz, Grad: Andere:
Fragestellung	
Dienstleistung	Übernahme der Wundtherapie 2-3 konsiliarische Behandlungen mit schriftlicher Empfehlung

Stomaberatung

Stomaart	Ileostomie Colostomie Urostomie Andere:	temporär definitiv	doppelläufig endständig
Diagnosen			
Operation (bitte mit Datum und Name Operateur)			
Fragestellung			
Datum der Anmeldung			Name des anmeldenden Arztes

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

Beilagen	Operationsbericht Verlaufsbericht
----------	--------------------------------------

