

Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



K1-FB3 Anmeldung neuer Patient

Telefon Patient: _____

Anmeldung neuer Patient zur Mit-/Weiterbehandlung durch das Wundkompetenzzentrum W&S GmbH per Fax an 069 – 264 942 350

DIAGNOSE / WUNDART : _____

Dekubitus

Ulcus Cruris Venosum Mixtum Arteriosum Sonstige

Diabetisches Fußsyndrom

Lokalisation: _____

WUNDTHERAPIE ERFOLGT / ÄRZTLICHE RÜCKSPRACHE ERWÜNSCHT

JA

NEIN

Bei oben aufgeführtem Patienten stimme ich der Mitbehandlung durch das Wundkompetenzzentrum W&S GmbH zu.

Ich erkläre mich bereit, bei oben aufgeführtem Patienten, die durch das Wundkompetenzzentrum W&S GmbH empfohlenen Verbandmaterialien, nach Rücksprache und Abstimmung der Therapie, zu rezeptieren.

Datum : _____ Unterschrift und Stempel : _____

Sreening Abstrich entnommen	MRSA pos.	O JA	O NEIN
Abstrichentnahme erfolgt am : _____			
Abstrichergebnisse bitte per Fax / email übermitteln bzw. dem Patiente n mitgeben !!!			