

Anmeldung neuer Patient

Version 1.00

Seite 1 von 1

Anmeldung neuer Patient zur Mit-/Weiterbehandlung durch das Wundzentrum Rödermark

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



Tel. Nr. Patient: _____

Anmeldung per Fax 06074-9146151 / per Mail info@wundzentrum-roedermark.de

DIAGNOSE: _____

Dekubitus Ulcus Cruris Venosum Mixtum Arteriosum Sonstige _____

Diabetisches Fußsyndrom Lokalisation: _____

Bisherige Versorgung: _____

Screening Abstrich entnommen: MRSA/MRGN pos. JA NEIN

Abstrichentnahme erfolgt am: _____

Ergebnisse bitte per Fax / email übermitteln bzw. dem Patienten mitgeben!!!

Vordiagnostik: Gefäßstatus vorhanden JA NEIN

letzter Hba1c _____ vom: _____
DMP: JA NEIN
Tetanusschutz vorhanden JA NEIN

Allergien: _____

Befunde bitte per Fax bzw. dem Patienten mitgeben!!!

Medikamente: Blutverdünner JA NEIN

Dringlichkeit? Morgen Innerhalb von 2 Tagen Innerhalb einer Woche

Wer meldet an? _____

Name (Bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Zustimmung Arzt (Stempel & Unterschrift)
