

## Wundberatung und -behandlung

### Betrifft

Name	_____	m	w
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Strasse/Nr.	_____	Zivilstand	_____
PLZ/Ort	_____	Beruf	_____
Telefon	_____		
Hausarzt	_____		

<b>Versichertenstatus</b>	Krankheit	Unfall	IV	IV beantragt
Krankenkasse	_____			
Versicherten-Nr.	_____			

<b>Bei Fremdsprachigkeit Muttersprache des Patienten</b>	englisch	französisch	italienisch
andere	_____		

### Problemstellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Aktuelle Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Aktuelle Medikation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Überweisung beizulegen und an die Wundberatung der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER zu senden oder zu mailen.

Der Patient wird nach Eingang der Überweisung direkt von uns aufgeboten.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Wundberatung senden**