

## Anmeldeformular zur Wundberatung

### Patient

Name  
Vorname  
Geb.-Datum  
Adresse  
PLZ/Ort  
Telefon Privat  
Telefon Geschäft  
Krankenkasse

### Wundbeschreibung

Lokalisation:

Bestehend seit:

Bisherige Therapie:

### Medikamente:

#### Begleiterkrankungen:

Diabetes mellitus  CVI  PAVK

#### Angiologische Abklärung gehabt:

ja  nein

#### Fusspulse vorhanden

ja  nein

#### Oszillographie/ABI gewünscht

ja  nein

Datum:

Arzt/Stempel/Tel

Unterschrift