

Ihr Termin:

## Herzlich willkommen

Wir freuen uns, Sie in der Wund-Praxis begrüßen zu dürfen.

Die Wund-Praxis besteht aus einem Team von dipl. Wundexpertinnen SAFW unter der Leitung von Frau Barbara Seitzinger. Das Team wird sich fachkompetent, persönlich und professionell um Ihre Anliegen kümmern.

Die Behandlungskosten werden über Ihre Krankenkasse abgerechnet, Eigenbeitrag und Selbstbehalt ausgenommen. Die Tarife entsprechen denjenigen der öffentlichen Spitex Ihres Wohnkantons.

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Angaben zu beantworten. Sämtliche Informationen werden vertraulich behandelt.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Krankenkassennummer: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Erhalten Sie Ergänzungsleistung:  ja  nein

### Nächste/r Angehörige/r

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Empfehlung/Überweisung durch: \_\_\_\_\_

Zum Ersttermin bitte mitbringen:

- Krankenkassenausweis / Kontakt Ergänzungsleistung
- Ausgefüllter Fragebogen
- Medikamentenliste
- Arzt- oder Austrittsberichte



Die folgenden Angaben zur Wund- und Gesundheitssituation ermöglichen uns, die Therapie optimal zu gestalten.

Wo ist die Wunde? \_\_\_\_\_

Seit wann besteht die Wunde? \_\_\_\_\_

Wie ist die Wunde entstanden? \_\_\_\_\_

Wer versorgte die Wunde bisher? \_\_\_\_\_

Welches Verbandsmaterial wurde benutzt? \_\_\_\_\_

Welche Materialunverträglichkeiten sind bekannt? \_\_\_\_\_

Wurden jemals Untersuchungen/Behandlungen betreffend Durchblutungsstörungen vorgenommen?

Wenn ja: Was, wann und durch wen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

An welchen Krankheiten leiden Sie?

arterielle Verschlusskrankheit PAVK

rheumatische Erkrankung

Diabetes mellitus

andere autoimmune Erkrankung

chronisch venöse Insuffizienz

\_\_\_\_\_

Herzinsuffizienz

\_\_\_\_\_

Mussten Sie wegen der Wunde jemals Antibiotika einnehmen?

ja, ich nehme zurzeit Antibiotika ein

ja, die Therapie ist abgeschlossen seit: \_\_\_\_\_

nein

Leiden Sie an Schmerzen im Wundbereich?

ja, wann am stärksten? \_\_\_\_\_

nein

Haben Sie in den letzten 3 Monaten zu- oder abgenommen?  ja + / - \_\_\_\_\_ kg

nein