

Ihr Termin:

Herzlich willkommen

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

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

Die Behandlungs- und Materialkosten die von der Krankenkasse übernommen werden, rechnen wir direkt ab, den gesetzlichen Eigenbeitrag und Selbstbehalt ausgenommen. Die Tarife entsprechen denjenigen der öffentlichen Spitex Ihres Wohnkantons. (siehe Beilage: Tarife 2023)

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

Dazu, wenn möglich, Ihre Medikamenten- und Diagnoseliste.

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Email: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Erhalten Sie Ergänzungsleistung: ja nein

Angehörige/Vertrauensperson

Name: _____ Telefon: _____

Zuweiser/Hausarzt

Name: _____ Adresse: _____

Wenn zutreffend, bitte ankreuzen

HMO Modell

Alterswohnung

Pflegeheim

Diabetes mellitus

Blutverdünner

Empfehlung/Überweisung durch: _____

Ich bestätige, die Richtigkeit meiner Angaben und den Erhalt des Tarifblattes:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> arterielle Verschlusskrankheit PAVK | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> andere autoimmune Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> chronisch venöse Insuffizienz | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV/Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> _____ |

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