* Anmeldung Wundzentrum- und Stomaberatung [ ]  Interlaken [ ]  Frutigen

Dieses Anmeldeformular ist nur für zuweisende Ärztinnen und Ärzte bestimmt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:**       | **Zuweisender Arzt (Bitte Name und Adresse angeben):**      | **EAN Nr.**       |

**Patient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:**       | **Vorname:**       | **Geb.Dat.:**       |
| **Adresse:**       | **Tel.:**       |

Der Patient wird direkt aufgeboten. Falls bereits ein Termin feststeht, kann die Anmeldung mitgegeben werden.

**Gewünschte Beratung**

[ ]  Wundberatung [ ]  Stomaberatung

**Diagnosen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnosen:** |       |
| **Nebendiagnosen:** |       |
| [ ]  Diabetes |  | [ ]  PAVK [ ]  chron. Venöse Insuffizienz |
| [ ]  Ileostomie |  | [ ]  Kolostomie [ ]  Urostomie |
| [ ]  Andere:       |  |  |
| **Wunde bestehend seit:** |       |
| **Wundlokalisation:** |       |
| **Wundgrösse und Tiefe:** |       |
| **Stoma bestehend seit:** |       |
| **Aktuelle Therapie, Material:** |       |
| **Bereits erfolgte Abklärungen:** |       |
| **Resultat:** |       |
| **Aktuelle Fragestellung, Probleme:** |       |
| **Telefonnummer für Rückfragen** |       |
| **Datum:** |       |

Anmeldung direkt über den «Senden»-Knopf (PDF) oder per E-Mail (Word-Dokument) an die Wund- und Stomaberatung, Spital Interlaken i.wundstomaberatung@spitalfmi.ch, Tel. 033 826 27 43

*