* 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](mailto:i.wundstomaberatung@spitalfmi.ch?subject=TextBetreff&cc=E-mail%20Addresse;&bcc=E-mail%20Addresse;&body=TextMail.), Tel. 033 826 27 43