



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 / die Patientin 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 Wundzentrum und Stomaberatung,
Spital Interlaken i.wundstomaberatung@spitalfmi.ch, Tel. 033 826 27 43
Spital Frutigen f.wundstomaberatung@spitalfmi.ch, Tel. 033 672 26 46