

Überweisungsbogen

Zuweisender Arzt: (Name, Anschrift, Telefon, Fax):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum:.....
Anschrift:
Telefon:
Angehörige / Betreuer (Name, Telefon):
.....
Pflegestufe: nein ja Stufe: I II III
Ambulante Pflege: nein ja
Pflegedienst:

Wundanamnese

Lokalisation(en):
.....
Alter der Wunde(n):
Art der Wunde(n): postoperative Wunde venöses Ulcus
 Druckulcus/Dekubitus Ulcus mixtum
 arterielles Ulcus Äthiologie unklar
 diabetisches Fußsyndrom
Bisherige Therapie:
.....
.....
Bisherige Diagnostik (z.B. Angiografie, Duplex, Abstrichergebnisse, Röntgen u.a., ggf.
bitte Befunde beifügen):
.....
.....
.....

Überweisungsbogen

Relevante Begleiterkrankungen

- pAVK
- Chronisch venöse Insuffizienz
- Diabetes mellitus
- Ernährungs-/Eiweißmangel

Weiterer Abklärungsbedarf

-
-
-
-

- maligne Grunderkrankung:
- Allergien:
- Sonstige:

Vorhandene Hilfsmittel

- Entlastungsschuh/-Orthese Gehstützen
- orthopädische Schuhversorgung Rollator
- Prothese Rollstuhl
- Kompressionsstrümpfe / Wickel
- Sonstige

Sonstiges

Medikamentenstatus:

.....

Gefäßstatus:

.....

HbA1c:

.....

sonst.:

.....

Bitte überweisen Sie die Quartalspauschale auf folgendes Konto:

BLZ:

Kreditinstitut:

Kto:

Kto Inhaber:

Datum Unterschrift