

Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

K1-FB3 Anmeldung neuer Patient

Telefon Patient: _____

Anmeldung neuer Patient zur Mit-/Weiterbehandlung durch das Wundkompetenzzentrum W&S GmbH

DIAGNOSE / WUNDART: _____

Dekubitus Ulcus Cruris Venosum Mixtum Arteriosum Diabetisches Fußsyndrom
Sonstiges

LOKALISATION: _____

WUNDTHERAPIE ERFOLGT ja nein
ÄRZTLICHE RÜCKSPRACHE ERWÜNSCHT ja nein

Bei oben aufgeführtem Patienten stimme ich der Mitbehandlung durch das Wundkompetenzzentrum W&S GmbH zu. Ich erkläre mich bereit, bei oben aufgeführtem Patienten, die durch das Wundkompetenzzentrum W&S GmbH empfohlenen Verbandmaterialien, nach Rücksprache und Abstimmung der Therapie, zu rezeptieren.

Datum: _____ Unterschrift und Stempel: _____

Screening Abstrich entnommen	MRSA pos.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abstrichentnahme erfolgt am: _____ / _____ / _____			
Abstrichergebnisse bitte per Fax 06184 – 94 891 03/ E-Mail info@wkz-ws.de übermitteln bzw. dem Patienten mitgeben !!!			