

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  
Wundzentrum Langenselbold per Fax 06184-992867**

**DIAGNOSE / WUNDART :** \_\_\_\_\_

Dekubitus

Ulcus Cruris Venosum  Mixtum  Arteriosum  Sonstige

Diabetisches Fußsyndrom

**Lokalisation:** \_\_\_\_\_

**WUNDTHERAPIE ERFOLGT / ÄRZTLICHE RÜCKSPRACHE ERWÜNSCHT**

JA

NEIN

Bei oben aufgeführtem Patienten stimme ich der Mitbehandlung durch das Wundzentrum Langenselbold zu.

Ich erkläre mich bereit, bei oben aufgeführtem Patienten, die durch das Wundzentrum Langenselbold empfohlenen Verbandmaterialien, nach Rücksprache und Abstimmung der Therapie, zu rezeptieren.

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel : \_\_\_\_\_

Sreening Abstrich entnommen	MRSA pos.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Abstrichentnahme erfolgt am : _____			
Abstrichergebnisse bitte per Fax / email übermitteln bzw. dem Patienten mitgeben !!!			