

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/in: _____

**Anmeldung neuer Patient zur Mit-/Weiterbehandlung durch
das Wundzentrum Langenselbold per Fax +49 6184 – 99 28 67**

DIAGNOSE/WUNDART: _____

Dekubitus Diabetisches Fußsyndrom Ulcus cruris venosum Ulcus cruris arteriosum
 Ulcus cruris mixtum Ulcus cruris unklarer Genese Sonstige: _____

LOKALISATION: _____

WUNDTHERAPIE BEREITS EINGELEITET ja nein
THERAPIE RÜCKSPRACHE ERWÜNSCHT ja nein
ÄRZTLICHE RÜCKSPRACHE ERWÜNSCHT ja nein

BEMERKUNGEN: _____

Datum: _____ Unterschrift und Stempel: _____

Screening Abstrich entnommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MRSA pos. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MRE pos. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abstrichentnahme erfolgt am: _____
Abstrichergebnisse bitte per Fax/E-Mail übermitteln oder dem Patienten mitgeben.