|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante SprechstundenKontaktdaten Sekretariat**Telefon 062 765 31 30Email wundambulatorium@spitalmenziken.ch  | Asana Spital Menziken AG**Departement Chirurgie** **Wundsprechstunde**Spitalstrasse 15737 Menziken |

**Einweisung/Überweisung Wundsprechstunde**

**Personalien**
Name / Vorname
(auch lediger Name Ehefrau)      …………………………………………………………………...

Adresse und Wohnort      ……………………………………………………………..........

Geburtsdatum / Geschlecht      …………………………………………………[ ]  m [ ]  w

Beruf      ……………………………………………………………..........

Adresse      ……………………………………………………………..........

Telefon privat / Mobiltelefon      ……………………………………………………………..........

  

**Grund der Wunde**

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ Schnittwunde/Platzwunde/RQW  | ❑ Nahtdehiszenz ❑ Post-Op Kontrolle |
| ❑ infizierte Wunde ❑ Dekubitus ❑ Diabetisches Fusssyndrom  | ❑ chronisch venöse Insuffizienz ❑ PAVK |
|  |  |

Bemerkung/bisherige Therapie: ………………………………………………………………………………………..

Medikamentenliste:………………………………………………………………………………………………………………

**Termin** [ ] baldmöglichst [ ]  nicht dringend

Zuweisender Arzt      ……………………………………………………………........

**Beilagen/Befunde** *(Falls vorhanden bitte dem Patienten mitgeben oder per Fax senden)*