|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Sprechstunden Kontaktdaten Sekretariat**  Telefon 062 765 31 30  Email wundambulatorium@spitalmenziken.ch | Asana Spital Menziken AG  **Departement Chirurgie**  **Wundsprechstunde**  Spitalstrasse 1  5737 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)*