

ZUWEISUNGSFORMULAR WUNDAMBULATORIUM

Zuweisende / r Arzt / Ärztin

Praxis _____

Arzt / Ärztin _____

Telefon _____

E-Mail _____

Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Adresse _____

1. Wunddaten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Lokalisation

Besteht die Wunde seit:

- ☐ < 4 Wochen
- ☐ 4-12 Wochen
- ☐ >12 Wochen
- ☐ >6 Monate

Verdachtsdiagnose

- ☐ Ulcus cruris venosum
- ☐ Ulcus cruris arteriosum
- ☐ Ulcus mixtum
- ☐ Diabetisches Fussulkus
- ☐ Dekubitus
- ☐ Postoperative Wunde
- ☐ Skin Tear
- ☐ Andere

Fragestellung

- ☐ Diagnostische Beurteilung
- ☐ Therapieempfehlung
- ☐ Kompressionstherapie
- ☐ Wundheilungsstörung
- ☐ Infektionsverdacht
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Andere

2. Aktuelle Therapie

Relevante Begleiterkrankungen

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ PAVK
- ☐ Chronische venöse Insuffizienz
- ☐ Lymphödem
- ☐ Immunsuppression
- ☐ Onkologische Erkrankung
- ☐ Andere

Vorhandene Untersuchungen

- ☐ ABI
- ☐ Duplexsonographie
- ☐ Wundabstrich
- ☐ Labor
- ☐ Bildgebung
- ☐ Keine

Aktuelle Medikation

Beilagen

- ☐ Wundfoto
- ☐ Arztbericht
- ☐ Medikamentenliste
- ☐ Laborwerte

3. Gewünschte Rückmeldung

- ☐ Telefonisch
- ☐ Schriftlicher Bericht
- ☐ Telefonisch und schriftlich

Datum

Unterschrift

SENDEN

HINWEIS

Falls Sie zusätzliche Unterlagen (z. B. PDFs oder Fotos) mitsenden möchten, fügen Sie diese bitte Ihrer E-Mail nach dem Klick auf «Senden» manuell als Anhang hinzu.