Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anmeldung Wundsprechstunde /Phlebologie

Fax:
089-4140-3228

Klinikum rechts der Isar — Technische Universität München

WUNDZENTRUM

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Univ.-Prof. Dr. T. Biedermann
Direktor

Auftrag (Diagnose/Verdachtsdiagnose und auch wichtige Befunde/Medikation angeben)

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Bitte ausfüllen und an Fax 089-4140-3228 senden

Bitte Medikamentenplan, Allergiepass, Vorbefunde, v.a. **Phlebologie/Angiologie** (sofern vorhanden), mitbringen.

Weitere Informationen zum Patienten:

- ☐ Antikoagulation _____
- ☐ Diabetes > 2 Jahre (Medikation: _____)
- ☐ Mobilitätseinschränkung _____
- ☐ Herzinsuffizienz Grad _____ / dekompensierte KHK

☐ Bitte Termin direkt mit Pat. vereinbaren

Tel. Pat. _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _

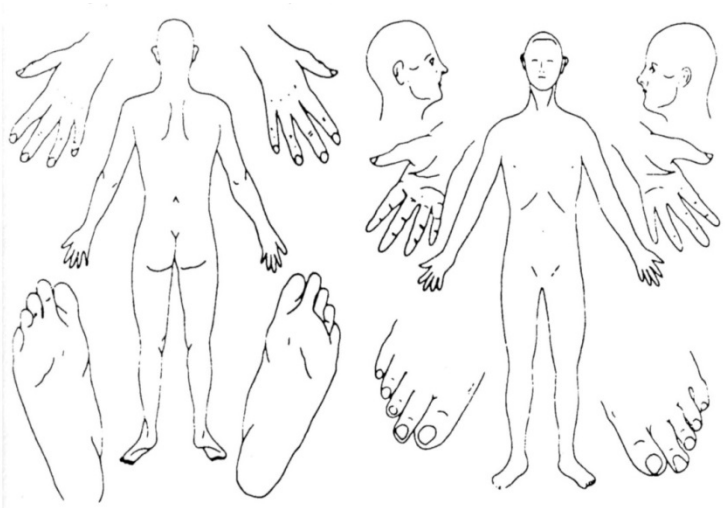
☐ Bitte Termin über die anfordernde Praxis koordinieren (Tel. / Fax siehe Vertragsarztstempel)

_____

Wir bitten Sie den folgenden optionalen Abschnitt auszufüllen, damit wir Ihre Patientin/ Ihren Patienten bedarfsgerecht einbestellen und den Ablauf der Diagnostik und Therapie optimieren können. Vielen Dank!

Therapieauftrag

	Lokalisation Ulcus/Wunde (bitte unten markieren) und Wundzustand	Größe (in cm)
1)		
2)		
3)		
4)		



Sonstige Hinweise

- ☐ Direkteinweisung chir. Debridement
- ☐ Direkteinweisung VAC-Therapie
- ☐ Direkteinweisung Wunddeckung
- ☐ Termin für phlebologische Abklärung

Hiermit willige ich in die Weitergabe meiner Daten und in die Kontaktaufnahme durch die Klinik für Dermatologie und Allergologie des Klinikums rechts der Isar ein.

Ort, Datum **Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter)**