



Ihr Termin:

## Herzlich willkommen

Wir freuen uns, Sie in der Wund-Praxis begrüssen zu dürfen.

Die Wund-Praxis besteht aus einem Team von Wundexpertinnen SAfW unter der Leitung von Frau Barbara Seitzinger. Das Team wird sich fachkompetent, persönlich und professionell um Ihre Anliegen kümmern.

Die Behandlungs- und Materialkosten, die von der Krankenkasse übernommen werden, rechnen wir direkt ab, den gesetzlichen Eigenbeitrag und Selbstbehalt ausgenommen. Die Tarife entsprechen denjenigen der öffentlichen Spitex Ihres Wohnkantons.

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Angaben zu beantworten. Sämtliche Informationen werden vertraulich behandelt.

Dazu, wenn möglich, Ihre Medikamenten- und Diagnoseliste.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Strasse, Nr.:** \_\_\_\_\_ **PLZ-Ort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Erhalten Sie Ergänzungsleistung:**  ja  nein

### Angehörige/Vertrauensperson

**Name:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

### Zuweiser/Hausarzt

**Name:** \_\_\_\_\_ **Adresse:** \_\_\_\_\_

Wenn zutreffend, bitte ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Alterswohnung |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner     | <input type="checkbox"/> HMO-Modell    |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim        | <input type="checkbox"/> Unfall        |

**Empfehlung/Überweisung durch:** \_\_\_\_\_

Ich bestätige, die Richtigkeit meiner Angaben und den Erhalt des Tarifblattes:

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_



Wie ist die Wunde entstanden? \_\_\_\_\_

Wer versorgte die Wunde bisher? \_\_\_\_\_

Welches Verbandsmaterial wurde benutzt? \_\_\_\_\_

Welche Materialunverträglichkeiten sind bekannt? \_\_\_\_\_

Wurden jemals Untersuchungen/Behandlungen betreffend Durchblutungsstörungen vorgenommen?

Wenn ja: Was, wann und durch wen? \_\_\_\_\_

An welchen Krankheiten leiden Sie?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> arterielle Verschlusskrankheit PAVK | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                   | <input type="checkbox"/> andere autoimmune Erkrankung               |
| <input type="checkbox"/> chronisch venöse Insuffizienz       | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV/Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz                    | <input type="checkbox"/> _____                                      |

Mussten Sie wegen der Wunde jemals Antibiotika einnehmen?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja, ich nehme zurzeit Antibiotika ein          |
| <input type="checkbox"/> ja, die Therapie ist abgeschlossen seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> nein   |

Leiden Sie an Schmerzen im Wundbereich?

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja, wann am stärksten? _____ |
| <input type="checkbox"/> nein                         |

Haben Sie in den letzten 3 Monaten zu- oder abgenommen?  ja + / - \_\_\_\_\_ kg Grösse: \_\_\_\_\_  
 nein