

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

☐ Diabetes mellitus

☐ Alterswohnung

☐ Blutverdünner

☐ HMO-Model

☐ Pflegeheim

☐ 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?

☐ arterielle Verschlusskrankheit PAVK

☐ Diabetes mellitus

☐ chronisch venöse Insuffizienz

☐ Herzinsuffizienz

☐ rheumatische Erkrankung

☐ andere autoimmune Erkrankung

☐ Infektionskrankheiten (z.B. HIV/Hepatitis)

☐ \_\_\_\_\_

Mussten Sie wegen der Wunde jemals Antibiotika einnehmen?

☐ ja, ich nehme zurzeit Antibiotika ein

☐ ja, die Therapie ist abgeschlossen seit: \_\_\_\_\_

☐ nein

Leiden Sie an Schmerzen im Wundbereich?

☐ ja, wann am stärksten? \_\_\_\_\_

☐ nein

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

☐ nein