



Anmeldeformular Wund und Fusspraxis

Wir freuen und Sie unserer Wundpraxis begrüßen zu dürfen.

Die Behandlungskosten werden über Ihre Krankenkasse abgerechnet, Eigenbeitrag und Selbstbehalt ausgenommen. Die Tarife entsprechen der öffentlichen Spitex im Kanton Wallis, für freischaffende Pflege.

Ich bitte Sie, die folgenden Angaben zu beantworten. Sämtliche Informationen werden vertraulich behandelt.

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen: ja nein

Nächste/r Angehörige/r

Name: _____ Telefon: _____

Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Empfehlung /Überweisung durch:

Bitte bringen Sie folgende Dokumente bei Ihrem ersten Besuch mit:

- Krankenkassenausweis
- Ausgefüllter Fragebogen
- Medikamentenliste
- Arzt- oder Austrittsberichte, wenn vorhanden

Die folgenden Angaben zur Wund- und Gesundheitssituation ermöglichen uns, Ihre Therapie optimal zu gestalten:

Wo ist Ihre Wunde? _____

Seit wann besteht Ihre Wunde? _____

Wie ist die Wunde entstanden? _____

Wer versorgt Ihre Wunde bisher? _____

Welches Verbandsmaterial wurde benutzt? _____

Welche Materialunverträglichkeiten haben Sie? _____

Wurde jemals Untersuchungen/ Behandlungen betreffend Durchblutungsstörungen vorgenommen? _____

Wenn Ja: Was, wann und durch wen? _____

Wurden andere Untersuchungen wegen Ihrer Wunde gemacht? _____

An welchen Krankheiten leiden Sie?

Arterielle Verschlusskrankheit PAVK

rheumatische Erkrankung

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2

andere autoimmune Erkrankung

chronisch venöse Insuffizienz

Herzinsuffizienz

Mussten Sie wegen Ihrer 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 - _____ kg

nein

Ort, Datum

Unterschrift