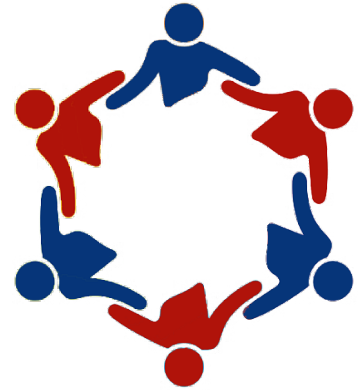


Praxisstempel



Telefonnummer Patient: _____

Datum der Anmeldung: _____

Anmeldung zu einem kurzfristigen Termin (bitte entsprechendes ankreuzen)

bei Ulcus cruris oder nicht heilender Wunde an der Wade bei:

Ambulant: Venenpraxis in Wunstorf per Fax 0 50 31 – 91 27 82
Speckenstr. 10, 31515 Wunstorf

Stationär: Agaplesion Ev. Krankenhaus Vehlen, Gefäßchirurgie,
Dr. Bauermeister, per Fax 05724 9580 886399 oder
per Mail gefaesschirurgie@ksl.agaplesion.de
Zum Schaumburger Klinikum 1, 31683 Obernkirchen

bei Diabetischem Fuß

Ambulant: Dr. Ney, Neustadt, per Fax 05032 - 91 92 50 29
Lindenstr. 77, 31535 Neustadt

In der Anlage übersenden wir:

- Ergebnisse bisheriger Wundabstriche,
- Medikamentenplan, bisherige Wundauflagen
- Krankenhausberichte
- relevante Diagnosen:

Die / der Patient ist Heimbewohner, bzw. es ist bereits ein Pflegedienst eingeschaltet (Name Heim oder Dienst: _____)