



## Anmeldung neuer Patient zur Mit-/Weiterbehandlung durch das Altea Zentrum für spezialisierte Wundversorgung

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

Telefon - Patient: \_\_\_\_\_

Wer meldet an: \_\_\_\_\_

DIAGNOSE/WUNDART: \_\_\_\_\_

Dekubitus

Ulcus cruris Venosum     Mixtum     Arteriosum     Sonstige

Diabetisches Fußsyndrom

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Vordiagnostik: Gefäßstatus vorhanden  JA  NEIN

letzter HbA1c: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_

DMP:  JA  NEIN

Tetanusschutz vorhanden  JA  NEIN

Allergien: \_\_\_\_\_

Screening Abstrich entnommen: MRSA/MRGN pos.  JA  NEIN

Abstrichentnahme erfolgt am: \_\_\_\_\_

**Ergebnisse bitte per Fax/email übermitteln bzw. dem Patienten mitgeben!!!**

Medikamente: Blutverdünner  JA  NEIN

Dringlichkeit?  Morgen  Innerhalb von 2 Tagen  Innerhalb einer Woche

Zustimmung Arzt (Stempel & Unterschrift)

Datum: \_\_\_\_\_

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