**Anmeldung/Patient:**

Herr / Frau :

Geb. Dat. :

Strasse : [Etikette]

Ort :

Tel. :

Krankenkasse :

Versicherungsnummer:

**Befund:**

* Arterielle Durchblutungsstörung
* Venöse Durchblutungsstörung
* Bisherige Therapie

**Auftrag:**

* Wundbeurteilung/Wundberatung
* Übernahme der Wundbehandlung
* Fusspflege bei Diabetikern
* Fusspflege bei Nicht-Diabetikern
* Bitte aufbieten
* Patient meldet sich

**FAX-Nr.: 032 344 46 34**

Datum: Unterschrift / Stempel