

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname, Straße, Wohnort der/des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

Telefon Patient*in: _____

Kassen-Nummer _____ Versicherten-Nummer _____ Status _____

Betriebsstätten-Nummer _____ Arzt-Nummer _____ Datum _____

Praxisstempel

Anfordernde*r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax (bitte angeben): _____

Anmeldung Wundsprechstunde Allgemeinchirurgie

Diagnosen

Überweisungsgrund/Fragestellung

Arterielle Gefäßabklärung vorhanden? ja nein

CVI: ja nein

Termin innerhalb 4 Wochen: ja elektiv

Vorhandene Befunde bitte beifügen!

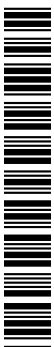
Datum

Unterschrift anfordernde*r Ärztin/Arzt

Wird von der Klinik ausgefüllt!

Termin am: _____ Wo? Uniklinik Freiburg Chirurgie, Anmeldung (Eingang D5)

Bitte teilen Sie den Termin der Patientin / dem Patienten mit!



60220478 ForManFR / 04.04.2024