


Ausgefüllt von:				Patientendaten:	
am:				Name:	
Unterschrift:				Geb. Dat:	
Bitte an Leitstelle B + 43 1 400 88-6299 faxen				Versicherung: Vers. Nr.:	
Zuweisung Interdisziplinäre Spezialambulanz					
Wunddiagnose:					
Wundlokalisation:		Wundgröße:			
Wunddauer:		Bisherige Abklärung:		JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
Aktuelle lokale Therapie:					
War der Patient wegen der Wunde bereits stationär zur Abklärung/ Therapie aufgenommen?				JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
Vorerkrankungen:				Blutverdünnung:	
				JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
Zuweisungsgrund:		<input type="checkbox"/> Abklärung <input type="checkbox"/> Therapiekonzept- erstellung		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Wurde mit dem Patienten über die Möglichkeiten einer stationären Aufnahme zur interprofessionellen/ interdisziplinären Wundbehandlung gesprochen? Stimmt dieser einer Aufnahme zu? Zustimmung JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>					
MRSA Screening Datum:		<input type="checkbox"/> Nase MRSA positiv <input type="checkbox"/> Wunde MRSA positiv		<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt	
Mobilität:		<input type="checkbox"/> Uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Mit Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Immobilität	
Harn:		<input type="checkbox"/> Kontinent <input type="checkbox"/> Inkontinent		<input type="checkbox"/> DK Versorgung	
Stuhl:		<input type="checkbox"/> Kontinent <input type="checkbox"/> Inkontinent		<input type="checkbox"/> Stoma	
Ernährungssituation:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Adipös		<input type="checkbox"/> Mangelernährt	
Nahrungsaufnahme:		<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe		<input type="checkbox"/> PEG Sonde	
Orientierung:		<input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Teilweise		<input type="checkbox"/> Nicht orientiert	
Wohnsituation:		<input type="checkbox"/> Selbständig allein <input type="checkbox"/> im Familienverbund		<input type="checkbox"/> Pflegeinstitution	
Soziale Hilfsdienste:		<input type="checkbox"/> Heimhilfe <input type="checkbox"/> Mobile DGKP		<input type="checkbox"/> keine	
Sachwalter:		<input type="checkbox"/> med. Belange <input type="checkbox"/> finanzielle Belange		Name:	
Pflegegeldbezug:		<input type="checkbox"/> Stufe: <input type="checkbox"/> PG Neuantrag eingereicht, am:		<input type="checkbox"/> PG Erhöhung eingereicht, am:	
Anmeldung für:		<input type="checkbox"/> Pensionistenheim <input type="checkbox"/> Pflegeheim		Wann erfolgt:	
Angehöriger:				Tel.:	
Ärztlicher Ansprechpartner:				Tel.: Fax:	
Ansprechpartner Pflege/Pflegeleitstelle:				Tel.: Fax:	
Bilddokumentation postalisch an Leitstelle B gesendet.		<input type="checkbox"/> Übersichtsfoto		<input type="checkbox"/> Detailfoto	