

Regionalspital Surselva AG

☐ **Anmeldung Wund- / Stomaberatung**

Wund- / Stomaberatung

Telefon 081 926 57 33
Mail wund@spitalilanz.ch
Web www.spitalilanz.ch

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse, Ort:

Telefon P:

Telefon G:

Mobiltelefon:

Diagnose / Begleiterkrankungen:

Aktuelle Medikamente:

Zuweisungsgrund:

Stomasituation:

Wundsituation:

Durchgeführte Interventionen /
Untersuchungen:

Anforderungen / Fragestellung an Team Stoma / Wund:

Dringlichkeit bezüglich
1. Termin in der Beratung:

Anforderungen / Fragestellung an Fachärztin / Facharzt:

vorhandene Berichte
werden uns zugestellt:

☐ später d.h. am:

☐ mit dieser Anmeldung

Datum/Signatur:

Stempel: