



Praxisstempel

Telefonnummer Patient: _____

Datum der Anmeldung: _____

Anmeldung zu einem kurzfristigen Termin (bitte entsprechendes ankreuzen)

bei Ulcus cruris oder nicht heilender Wunde an der Wade:

- Ambulant: Venenpraxis in Wunstorf per Fax 0 50 31 – 91 27 82
(Tel: 05031-91 27 81) Speckenstr. 10, 31515 Wunstorf
- Ambulant / Stationär Agaplesion Ev. Krankenhaus Vehlen, Gefäßchirurgie,
Dr. Bauermeister, per Fax 05724 9580 886399
oder Tel: 05724 – 9580 6305 oder
per Mail gefaesschirurgie@ksl.agaplesion.de
Zum Schaumburger Klinikum 1, 31683 Obernkirchen

bei Diabetischem Fuß

- Dr. Ney, Neustadt, per Fax 05032 - 91 92 50 29 (Tel: 919 25 00)
Lindenstr. 77, 31535 Neustadt
- Dr. Rehfeldt, Hauptstraße 138, 30826 Garbsen - Osterwald
Tel.: (05131) 485 660 · Fax: (05131) 485 661

In der Anlage übersenden wir:

- Ergebnisse bisheriger Wundabstriche,
 Medikamentenplan, bisherige Wundauflagen
 Krankenhausberichte
 relevante Diagnosen: _____

- Die / der Patient ist Heimbewohner, bzw. es ist bereits ein Pflegedienst eingeschaltet (Name Heim oder Dienst: _____)**