

Sehr geehrte Praxis _____

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Patienten

Name, Vorname : _____ Geburtsdatum: _____

im Wundversorgungszentrum Mittelhessen.

Um eine reibungslose und enge Zusammenarbeit mit Ihnen, im Sinne aller an der Behandlung Beteiligten gewährleisten zu können, bitten wir Sie um Ihre schriftliche Zustimmung zur Mitbehandlung Ihres Patienten durch uns, sowie um Ihre Zustimmung zur Rezeptierung der von uns angewandten Verbandmaterialien.

Bitte senden Sie uns ihre schriftliche Zustimmung per Fax an 06441-97242

Um Missverständnissen vorzubeugen, möchten wir darauf hinweisen, dass wir mit den örtlichen und hiesigen Pflegediensten kooperierend zusammenarbeiten und die Wundpatienten in erster Linie therapiebegleitend betreuen und mitversorgen.

Im Sinne einer guten Zusammenarbeit
verbleiben wir mit freundlichem Gruß

WVZ Wundversorgungszentrum Mittelhessen
Geschäftsführerin Silke Schmidt

Bei oben aufgeführtem Patienten stimme ich der Mitbehandlung
durch das Wundversorgungszentrum Mittelhessen zu

Ich erkläre mich bereit, bei oben aufgeführtem Patienten,
die durch das Wundversorgungszentrum Mittelhessen empfohlenen Verbandmaterialien,
nach Rücksprache und Abstimmung der Therapie, zu rezeptieren.

Datum: _____ Unterschrift
und Stempel : _____

Die Schweigepflichtenbindung des o.g. Patienten liegt uns vor. Bitte teilen Sie uns noch
folgende Informationen mit

Wenn vorhanden

- Hba1C _____ Datum _____
- Tetanusschutz besteht JA NEIN
- DMP (wenn ja bitte Durchschlag mit faxen)
- Aktueller Gefäßstatus (bitte mit faxen)
- Wundabstrich auf MRSA (Befund bitte mit faxen)