



Name Patient: _____

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: _____

Der Hausarzt d. Patienten ist: _____

Ich willige ein, dass Sie bei meinem Hausarzt meine Unterlagen anfordern. Ich kann diese Erlaubnis jederzeit widerrufen.

Datum _____

Unterschrift Patient: _____