

**Wundambulatorium**

Oberdorfstrasse 41  
8853 Lachen

**Sekretariat**

Telefon 055 451 32 81  
wundambulatorium@spital-lachen.ch

**Leitender Arzt Gefässchirurgie**

Dr. med. Peter Hess

## Anmeldung Wundambulatorium

### Personalien Patient

Vor - / Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon / Mobile:

E-Mail:

Krankenkasse:

Policen-Nummer:

Zusatzversicherung:

Policen-Nummer:

### Zuweiser:

Zuweisung durch Patient (Achtung: nur bei freier Arztwahl möglich!)

Zuweisung durch Arzt (bitte unten aufgeführte Kontaktdaten ergänzen)

Vor- / Nachname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

### Dringlichkeit der Wundbehandlung

Notfall     1 Wochen     Andere:

### Indikation / bisherige Behandlung

**Wichtig:** Wir benötigen die aktuelle Medikamentenliste des Patienten / der Patientin, weshalb wir Sie bitten, diese dem Patienten / der Patientin mitzugeben oder uns mit dem Anmeldeformular per E-Mail zuzustellen.