

Remonstrationshinweis

An den Therapieverantwortlichen Arzt/Behandelnden

.....
.....
.....

Hiermit weise ich darauf hin, dass die verordnete/durchgeführte Massnahme(n)/Behandlung nicht den aktuellen wissenschaftlichen Qualitätsstandards entsprechen und dem unten genannten Patienten gefährden können.

Wund-Patient

Name Vorname Geb.-Datum

Straße: PLZ/Wohnort: Tel.-Nr.:

Art der Wunde Lokalisation:

Massnahme:

Datum:

.....

Begründung

.....
.....
.....

Ort / Datum: Unterschrift:
Wunddokumentierender/Hinweisgeber

Ort / Datum: Unterschrift:
Behandelnder, verordnender Arzt//Patient/Hinweisnehmer