

Antragsformular

Zur Anerkennung als von der SAfW empfohlenes Wundzentrum



Angaben zur Institution			
Institution			
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon		Mailadresse	
Name ärztliche Leitung		Vorname ärztliche Leitung	
Name Wundfachperson		Vorname Wundfachperson	
Arzt: ZR Nummer		Pflege: ZSR Nummer	
Telefonnummer für 24h Erreichbarkeit			

Ärztliche Leitung

Abgeschlossene, wundspezifische Ausbildungen	
Zeitraum	Ausbildung

Arbeitsstellen ab Ausbildungsabschluss	
Zeitraum	Institution

Besuchte, wundspezifische Weiterbildungen <small>(siehe Seite 8 im Anforderungskatalog)</small>	
Monat/Jahr	Weiterbildung

Wundfachperson (Pflege)

Abgeschlossene, wundspezifische Ausbildungen	
Zeitraum	Ausbildung

Arbeitsstellen ab Ausbildungsabschluss	
Zeitraum	Institution

Besuchte, wundspezifische Weiterbildungen <small>(siehe Seite 9 im Anforderungskatalog)</small>	
Monat/Jahr	Weiterbildung

Infrastruktur und Therapieangebot			
Anzahl Behandlungsplätze		Anzahl Personal	
Anzahl Stellenprozent		Eröffnungsjahr Zentrum	
Zusätzliches Angebot (z.B. Fusspflege, Lymphdrainage, Diabetesberatung etc.)			
Sind Sie einverstanden, dass wir Ihre Adressdaten und Ihre Zusatzangebote auf der Homepage www.safw.ch veröffentlichen?	JA	NEIN	
<input type="checkbox"/> Möglichkeit für interne oder externe Labordiagnostik (Blutentnahme, Wundabstrich etc.) sind vorhanden			

Externe Zusammenarbeit		
Allgemeine Innere Medizin	Name	
	Adresse	
Angiologie/invasive Verfahren	Name	
	Adresse	
Chirurgie	Name	
	Adresse	
Dermatologie/Allergologie	Name	
	Adresse	
Diabetologie	Name	
	Adresse	
Gefäßchirurgie	Name	
	Adresse	
Orthopädist/Orthopädieschumacher	Name	
	Adresse	
Pathologie/Histopathologie	Name	
	Adresse	

Rheumatologie	Name	
	Adresse	
Nächste stationäre Behandlungseinrichtung	Institution	
	Adresse	

Dem Antrag beizulegen sind folgende Dokumente gemäss „Anforderungskatalog zur Anerkennung von Wundambulatorium als Teil eines Wundzentrums,“ (Seite 8 ff.), die nicht älter als 1 Jahr sind:

- Wund- und Behandlungskonzept
- Organisationshandbuch
- Beispieldokumentation

Senden Sie dieses Formular zusammen mit den oben beschriebenen Unterlagen an:

Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SAfW)
 Bahnhofstrasse 55
 Postfach 4218
 5001 Aarau
 Telefon: 0 840 555 666
 Fax: 062 836 20 97
 Mail: sekretariat@safw.ch

Ort, Datum

Unterschrift