

Bogen zur Wundüberleitung im östlichen Ruhrgebiet

Patient/in

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon/Fax _____

Konfession _____

Familienstand _____

Krankenkasse _____

KV-Nummer _____

Hausarzt/-ärztin _____

Einverständniserklärung zur Behandlung liegt vor

Von

Ansprechpartner/in _____

Telefon _____

eMail _____

externe/r Wundmanager/in ja nein

Name / Firma _____

Telefon _____

An

Wundanamnese

Wundart

Dekubitus _____

Ulcus cruris venös arteriell gemischt _____

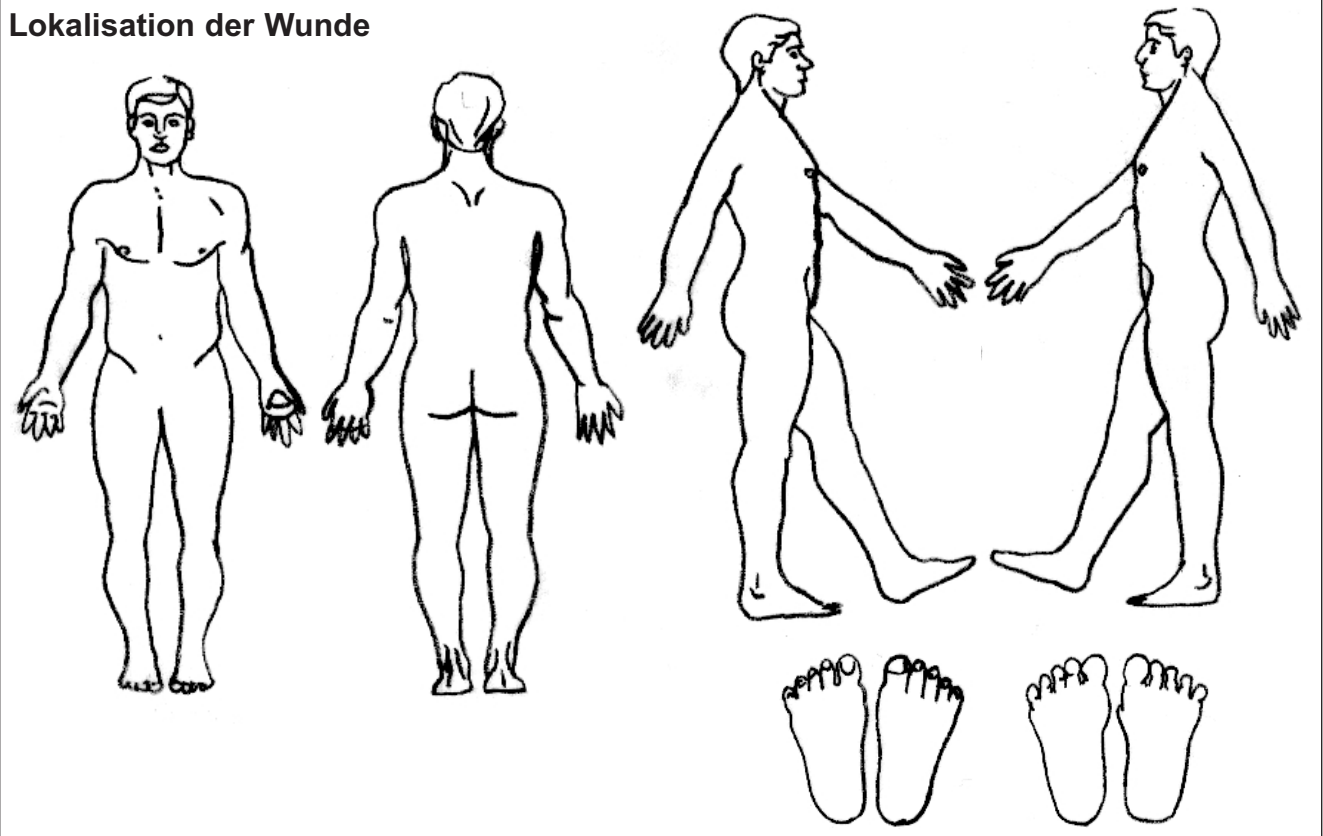
Diabetischer Fuß _____

postoperative _____

Wundheilungsstörung _____

Sonstiges _____

Lokalisation der Wunde



Name _____

Geburtsdatum _____

Wundbeschreibung

	Lokalisation	Hautschichten	Tiefe in cm / ml	Fläche in cm	Zustand	Infektion / Abstrich	Exsudation	Fistelgänge / Taschenbildung	Wundumgebung	Wundrand
Wunde 1								Länge: Breite:		
Wunde 2								Länge: Breite:		
Wunde 3								Länge: Breite:		

Hautschichten	Wundzustand	Infektion / Abstrich	Exsudation	Wundumgebung	Wundrand
		Infektion Abstrich	Zustand Menge		
1 = Epidermis, Dermis	1 = Epithel	1 = nein a = nein	1 = serös a = kaum	1 = unauffällig a = trocken	1 = unauffällig
2 = Subkutis	2 = Granulation	2 = ja b = ja	2 = blutig b = mäßig	2 = gerötet b = glänzend	2 = gerötet
3 = Faszie, Muskeln	3 = Fibrin		3 = eitrig c = viel	3 = mazeriert c = schuppig	3 = mazeriert
4 = Sehnen, Knochen	4 = Nekrose			4 = ödematös	4 = ödematös

Wundbehandlung

	Débridement Nr. Produkt / Hilfsmittel	Spülung	Verband Nr. Produktbeispiel	zusätzliche Maßnahmen Nr. Produktbeispiel	Häufigkeit der Versorgung
Wunde 1					
Wunde 2					
Wunde 3					

Débridement	Spülung	Verband Primärverband (A)	Sekundärverband (B)	zusätzliche Maßnahmen
1 = mechanisch	1 = Lavasept / Prontosan	A1 = Alginate	B1 = Folien	1 = Kompression
2 = autolytisch	2 = Octenisept	A2 = Hydrogele	B2 = Vakuumversiegelung	2 = Druckentlastung
3 = enzymatisch	3 = Ringer	A3 = Hydrofaser	B3 = Hydrokolloide	3 = Mobilisation
4 = chirurgisch	4 = NaCl	A4 = Schaumstoffe (Cavities)	B4 = Silikon	4 = Lymphdrainage
5 = biologisch	5 = sonstige	A5 = sonstige	B5 = Kompressen	5 = sonstige
6 = sonstige	_____	_____	B6 = Schaumstoff	_____
			B7 = _____	

Fotodokumentation

Fotodokumentation ja nein
 Einverständniserklärung liegt bei ja nein

Wundschmerzbeschreibung

Schmerzmessung ja, am _____ nein
 Wert lt. ECPA _____ Wert lt. NRS-/VAS-/VRS-Skala _____

Ort, Datum _____
 Station/WB _____
 Pflegefachkraft _____

Stempel