

<b>Name der Einrichtung/Pflegedienst (Stempel/ Aufkleber)</b>		<b>Persönliche Daten des Betroffenen/Patienten</b> (handschriftlich oder Aufkleber)	
		Name/ Vorname	
		Geb. Datum	
		Adresse	
		Kostenträger/Hausarzt	
<b>Wundart</b>	Seit wann?	<b>Rezidiv?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Diabetischer Fuß	Ulcus cruris <input type="checkbox"/> venosum <input type="checkbox"/> arteriosum <input type="checkbox"/> mixtum	
<input type="checkbox"/> postoperative Wundheilungsstörung		Sonstige:	
<b>Größe:</b>	x                      x	(L x B x T in cm)	
<b>Datum Abstrich:</b>		<b>multires. Keime:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte Befund in Kopie anfügen)	
<b>Wesentliche Störfaktoren/Grunderkrankungen</b> (max. vier Zeilen)			
<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b> (max. eine Zeile)			

<b>Lokalisation – Zustand – Beschreibung der Wunde</b>			
	<b>Exsudatmenge:</b> <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> viel		<b>Geruch:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Exsudatfarbe:</b>		
	<b>Wundgrund:</b> <input type="checkbox"/> Fibrin <input type="checkbox"/> Nekrosen: <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Epithelisierung		<b>Wundumgebung:</b> <input type="checkbox"/> trocken/optisch intakt <input type="checkbox"/> schuppig <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> mazeriert <input type="checkbox"/> rissig <input type="checkbox"/> empfindliche Haut wie Altershaut/Kortisonhaut
	<b>Wundschmerz:</b> (0 = Kein Schmerz – 10 = stärkster Schmerz) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		<b>Lokalisation:</b> Wundtaschen oder Fisteln
<b>Kausaltherapie:</b> <input type="checkbox"/> Kompressionstherapie <input type="checkbox"/> Ruhigstellung <input type="checkbox"/> Druckentlastung		<input type="checkbox"/> Schuhversorgung: <input type="checkbox"/> BZ Einstellung/Schulung <input type="checkbox"/> Ernährung	
<b>Lokale Wundtherapie:</b>	<b>Produktname/Größe</b>	<b>Silber</b>	Wechsel nach _____ Tagen, oder bei Undichtigkeit. <b>letzter Wechsel am:</b> _____ Ansprechpartner: _____ Tel.: _____ evtl. Therapiewechsel bei deutlicher Besserung oder Verschlechterung der Wunde
<input type="checkbox"/> Wundspüllösung:			
<input type="checkbox"/> Hydrogel:		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alginat/ Hydrofaser:		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Polyurethan Schaum:		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hydrokolloid:		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Semipermeable Folie:			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Pflegerische Besonderheiten/Lernstand des Patienten (max. drei Zeilen)			
Datum	Unterschrift Pflege		Unterschrift Arzt