



Name, Vorname _____

Patientennummer _____

Datum _____

Geburtsdatum _____

Therapieverantwortlicher Arzt _____

Diagnose

- Ulcus cruris _____
 - Arteriosum _____
 - Venosum (Widmer) _____
 - Mixtum _____
 - Sonstige Ursache _____
- DFS (Wagner/Armstrong)
 - Grad _____
- Dekubitus Grad _____
- Post-OP Wunde _____
- Sonstige Wunde _____

Wundgröße in mm

Breite _____

Länge _____

Tiefe _____

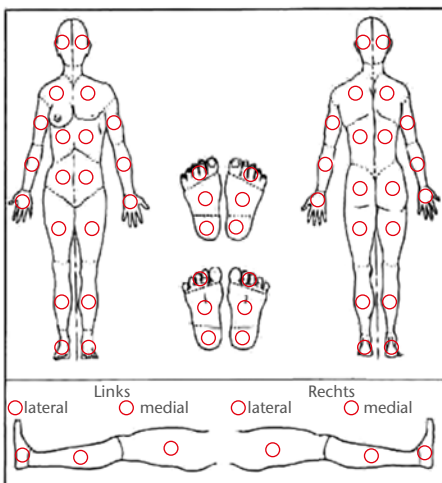
Wunde besteht seit:

Tagen /Wochen /Monaten /Jahren _____

Rezidiv

- Nein Ja, Anzahl _____

Lokalisation



Wundheilungsbeeinflussende Faktoren

Wundumgebung

- unauffällig feucht
- gerötet trocken
- mazeriert erwärmt
- Juckreiz Blasenbildung
- Hämatome bläulich

Wundrand

- unterminiert mazeriert
- gerötet nekrotisch
- hyperkeratotisch

Exsudation

Menge

- keine
- keine bis schwache
- schwache bis mäßige
- mäßige bis starke

Farbe

- klar
- trüb
- gelb
- blutig
- grün
- Sonstiges _____

Konsistenz

- serös schleimig

Geruch

- Nein Ja _____

Entzündungszeichen

- Rötung
- Schwellung
- Wärme
- Schmerz
- Funktionseinschränkung

Lokale Zeichen einer ... präsent

- Kritischen Kolonisation
- Wundinfektion
- Systemische Zeichen einer Wundinfektion

Abstrich

- Nein Ja, Ergebnis _____

Wundgrund

- Epithelgewebe / Inseln
- fehlende Granulation
- Granulation
- Granulationsödem
- Hypergranulation
- Biofilm
- weiche / feuchte Nekrose
- Muskeln/ Sehnen/ Faszien
- Knochen
- Hämatome
- Kalkablagerung
- Fremdkörper
- Fibrinbeläge
- feste / trockene Nekrose
- Sonstiges _____

Schmerzen

- Nein Ja VAS/NRS _____

In der Wunde

- Auf ___ Uhr Gesamter Wundgrund

Am Wundrand

- Auf ___ Uhr Gesamter Wundgrund

Wundumgebung

- Auf ___ Uhr Gesamter Wundgrund

Schmerzen beim Verbandwechsel

- Nein Ja VAS _____

Schmerzen bei Druck

- Nein Ja VAS _____

Überall im Bereich der Wunde

- Nein Ja VAS _____

Schmerztagebuch vorhanden

- Nein Ja

Sonstiges



Therapieplan

Name, Vorname

Patientennummer

Geburtsdatum

Therapieverantwortlicher Arzt

	<input type="radio"/> NaCl 0,9%	<input type="radio"/> Ringer	Datum	Datum	Datum
Wundspülung	<input type="radio"/> Polyhexanid	<input type="radio"/> Octenisept	Foto <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Foto <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Foto <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anmerkungen	Anmerkungen	Anmerkungen
Reinigung	<input type="radio"/> Chirurgisch	<input type="radio"/> Mechanisch			
	<input type="radio"/> Autolytisch	<input type="radio"/>			
Hautpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wundrandschutz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wundfüllung	<input type="radio"/> Alginate	<input type="radio"/> Hydrofaser			
Größe _____ cm	<input type="radio"/> Cavity-Schaum	<input type="radio"/> Hydrogel			
	<input type="radio"/>				
Wundabdeckung	<input type="radio"/> Distanzgitter	<input type="radio"/> Kompresse			
Größe _____ cm	<input type="radio"/> Hydrokolloid	<input type="radio"/> Schaumverband			
	<input type="radio"/> Saugkomresse	<input type="radio"/> Folie			
	<input type="radio"/>				
Fixierung	<input type="radio"/> Selbstklebend	<input type="radio"/> Folie			
	<input type="radio"/> Fixiermull	<input type="radio"/> Mullbinde			
	<input type="radio"/>				
Kompression	<input type="radio"/> Kurzzugbinde	<input type="radio"/> Strumpf			
Breite _____ cm		Klasse _____			
Anzahl _____					
Breite _____ cm		<input type="radio"/> Maß			
Anzahl _____					
	<input type="radio"/>				
Sonstiges					
Handzeichen					