

# DracoAlgin

Größe:  5 cm x 5 cm

10 cm x 10 cm

Zur Reinigung und Reduktion der Wundtiefe akuter und chronischer Problemwunden

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen an:

Dr. Ausbüttel & Co. GmbH • Fax: 02 31 / 286 66-900 • info@draco.de  
[www.draco.de/anwendungsdokumentation](http://www.draco.de/anwendungsdokumentation)



## Patientendaten

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

männlich

weiblich

divers

Praxisstempel:

## Produktinformationen

(Bitte entnehmen Sie diese Informationen der Verpackung)

LOT-Nr.: \_\_\_\_\_

Verfallsdatum: \_\_\_\_\_

Beginn der Doku (Datum): \_\_\_\_\_ Ende der Doku (Datum): \_\_\_\_\_

Beobachtungszeitraum in Wochen: \_\_\_\_\_ Verbandswechselfrequenz pro Woche: \_\_\_\_\_

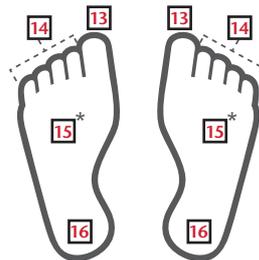
**Wundgröße zu Beginn** Länge: \_\_\_\_\_ mm Breite: \_\_\_\_\_ mm Wundtiefe: \_\_\_\_\_ mm

**Wundgröße am Ende** Länge: \_\_\_\_\_ mm Breite: \_\_\_\_\_ mm Wundtiefe: \_\_\_\_\_ mm

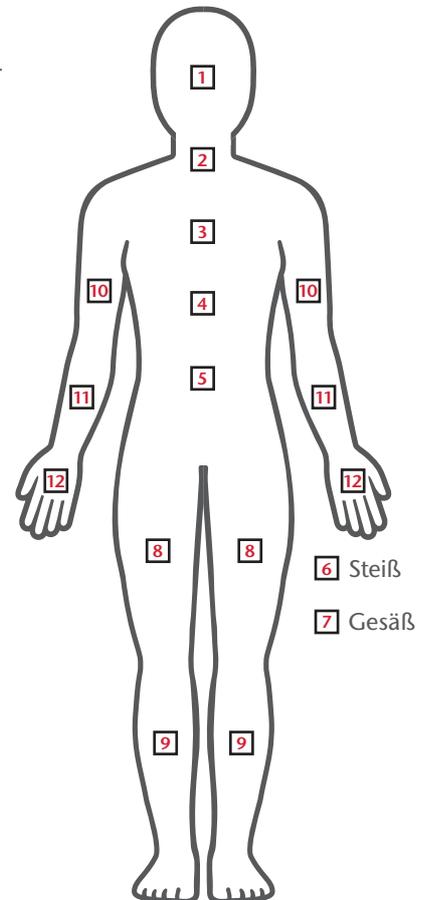
## Wundart

- Akute Wunde
- Brandwunde \_\_\_\_ Grades
- Schürfwunde
- Dekubitus \_\_\_\_ Grades
- Ulcus cruris venosum
- Ulcus cruris arteriosum
- Ulcus cruris mixtum
- Diabetisches Fußsyndrom
- Spalthautentnahme
- sonstige: \_\_\_\_\_

Lokalisation  
(bitte ankreuzen)



\*15 auf/unter dem Fuß



6 Steiß  
7 Gesäß

## Wundbeschaffenheit

oberflächliche Wunde  tiefe Wunde

## Wundumgebungshaut

intakt  nicht intakt  fragil

Wundinfektion:  Ja  Nein

## Wundgrund

Granulation  Fibrin  Nekrose

## Exsudataufkommen

kein  gering  mäßig  
 hoch  sehr hoch



Ihr Partner in der Wundversorgung

## Beurteilung/Eigenschaften der Wundauflage

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<b>Therapieerfolg</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Preis/Leistung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Exsudatmanagement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Handhabung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hautverträglichkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Entfernbarkeit aus der Wunde</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mazerationszustand</b>	<input type="checkbox"/> verschlechtert	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> verbessert		
Falls verschlechtert, wurde das Alginat über die Wundränder hinaus appliziert?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<b>Verkleben mit der Wunde</b>	<input type="checkbox"/> nicht verklebt	<input type="checkbox"/> leicht verklebt	<input type="checkbox"/> stark verklebt		

## Subjektive Beurteilung aus Sicht des Patienten

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<b>Tragekomfort</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anwendung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Geruchsentwicklung</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> stark		

## Erfahrungsbericht zur Anwendung/sonst. Anmerkungen?

---

---

---

---

---

**Würden Sie das Produkt weiterempfehlen?**  Ja  Nein

Falls nein, weil: \_\_\_\_\_

**Welche weiteren Ausführungen des Produktes wünschen Sie sich?**

(Größen, Haftrand etc.)

---

---

---

