

# DracoFoam

Größe: Einheitsgröße

## Ferse

Zur Bewältigung überschüssigen Exsudats akuter und chronischer Problemwunden

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen an:

Dr. Ausbüttel & Co. GmbH • Fax: 02 31 / 2 86 66-900 • info@draco.de  
[www.draco.de/anwendungsdokumentation](http://www.draco.de/anwendungsdokumentation)



Praxisstempel:

### Patientendaten

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

männlich weiblich divers

### 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: \_\_\_\_\_

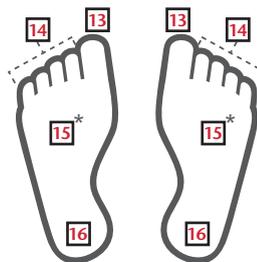
### Begleitende Therapie

keine  Kompressionstherapie  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

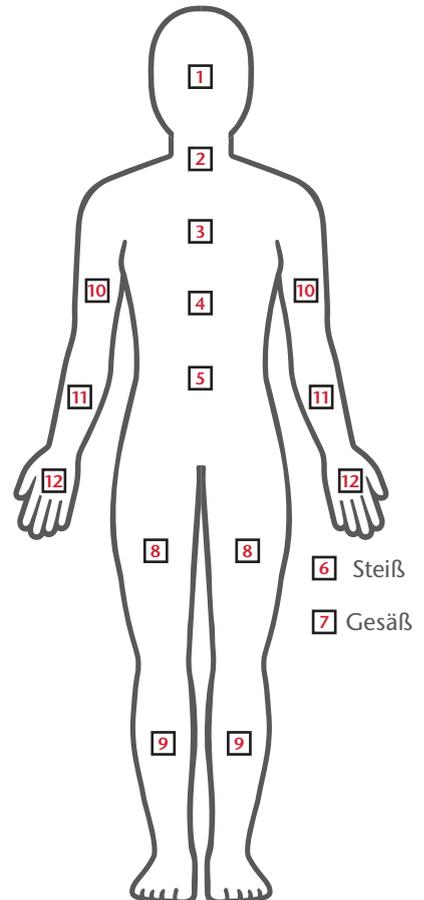
### Kombination mit einem anderen Produkt

Nein  Ja, folgende(s) \_\_\_\_\_

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>Aufnahmekapazität</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>Passform</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	<input type="checkbox"/> keine	
<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.)

---

---

---



Ihr Partner in der Wundversorgung