

DracoFoam

Infekt haft

Größe: 5 cm x 5 cm 7,5 cm x 7,5 cm
 10 cm x 10 cm 12,5 cm x 12,5 cm

Zur Bewältigung überschüssigen Exsudats akuter und chronischer infizierter Wunden

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



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: _____

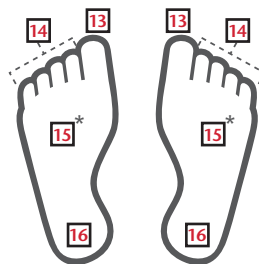
Wundgröße zu Beginn Länge: _____ mm Breite: _____ mm Wundtiefe: _____ mm

Wundgröße am Ende Länge: _____ mm Breite: _____ mm Wundtiefe: _____ mm

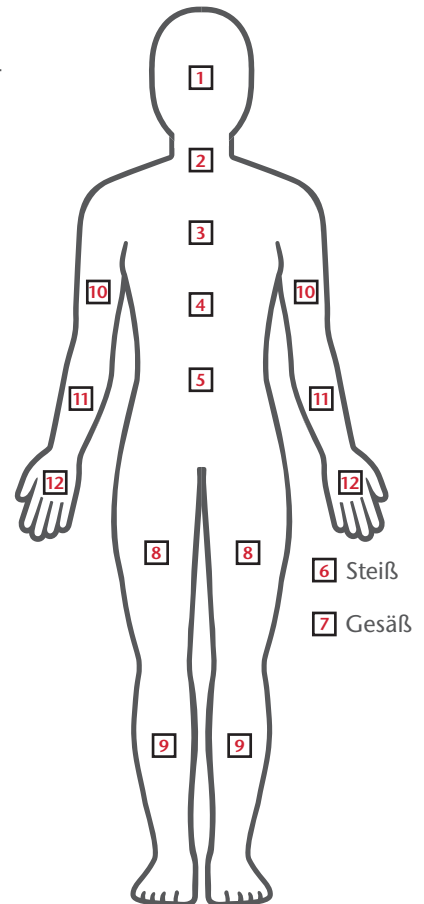
Wundart

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

Lokalisation
(bitte ankreuzen)



*15 auf/unter dem Fuß



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 Wundaufgabe

| | sehr gut | gut | befriedigend | ausreichend | mangelhaft |
|--------------------------------|---|--|---|--------------------------------|--------------------------|
| Therapieerfolg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Preis/Leistung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exsudatmanagement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufnahmekapazität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Handhabung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klebekraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mazerationszustand | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> keine | |
| Infektionszustand | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> verbessert | | |
| Wundheilung | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> unverändert | <input type="checkbox"/> verbessert | | |
| Verkleben mit der Wunde | <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 |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tragekomfort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anwendung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geruchsentwicklung | <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