

# DracoFoam

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

**INFEKT PRO HAFT SENSITIV**



Zur Bewältigung überschüssigen Exsudats akuter und chronischer Problemwunden

**Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen an:**

Dr. Ausbüttel GmbH & Co. KG • 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): \_\_\_\_\_

Beobachtungszeitraum in Wochen: \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

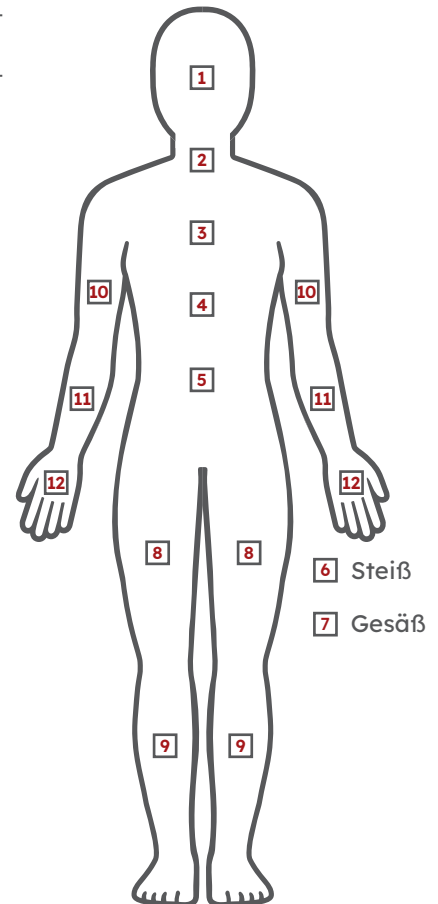
Ende der Doku (Datum): \_\_\_\_\_

Verbandswechselfrequenz pro Woche: \_\_\_\_\_

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



## 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>Klebkraft</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>Infektionszustand</b>       | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> unverändert     | <input type="checkbox"/> verbessert     |                                |                          |
| <b>Wundheilung</b>             | <input type="checkbox"/> verschlechtert | <input type="checkbox"/> unverändert     | <input type="checkbox"/> verbessert     |                                |                          |
| <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.)

---

---

---

