

DracoFoam

Größe: Klein (bis 5,6 cm) Mittel (bis 8,6 cm)
 Groß (bis 10,6 cm)

Zehenkappe

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



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: _____

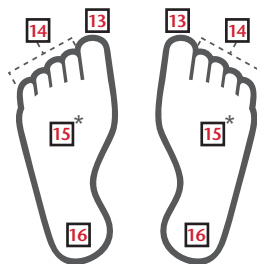
Begleitende Therapie

keine Kompressionstherapie Ja, folgende: _____

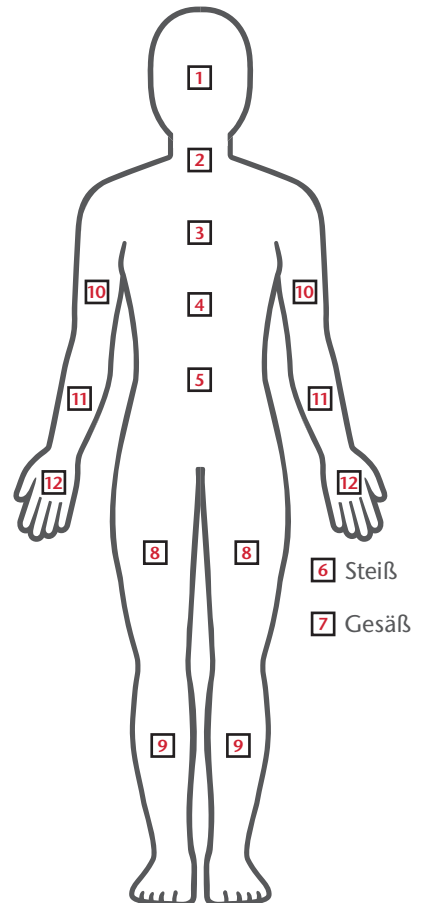
Kombination mit einem anderen Produkt

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 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"/>
Passform	<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	
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