

# Wunddokumentation

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Patientennummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Therapieverantwortlicher Arzt \_\_\_\_\_

## Diagnose

- Ulcus cruris \_\_\_\_\_
  - Arteriosum \_\_\_\_\_
  - Venosum (Widmer) \_\_\_\_\_
  - Mixtum \_\_\_\_\_
  - Sonstige Ursache \_\_\_\_\_
- DFS (Wagner/Armstrong)  
Grad \_\_\_\_\_
- Dekubitus Grad \_\_\_\_\_
- Post-OP Wunde \_\_\_\_\_
- Sonstige Wunde \_\_\_\_\_

## Wundgröße in mm

Breite \_\_\_\_\_  
Länge \_\_\_\_\_  
Tiefe \_\_\_\_\_

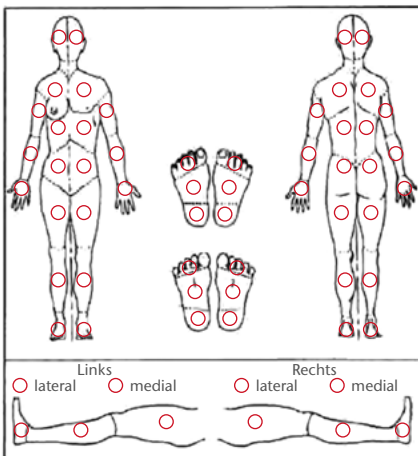
## Wunde besteht seit

Tagen/Wochen/Monaten/Jahren \_\_\_\_\_

## Rezidiv

Nein  Ja, Anzahl \_\_\_\_\_

## Lokalisation



## Wundheilungsbeeinflussende Faktoren

## Wundumgebung

- unauffällig  feucht
- gerötet  trocken
- mazeriert  erwärmt
- Juckreiz  Blasenbildung
- Hämatome  bläulich

## Wundrand

- unterminiert  mazeriert
- gerötet  nekrotisch
- hyperkeratotisch

## Exsudation

- | Menge                                     | Farbe                                 |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> keine               | <input type="radio"/> klar            |
| <input type="radio"/> keine bis schwache  | <input type="radio"/> trüb            |
| <input type="radio"/> schwache bis mäßige | <input type="radio"/> gelb            |
| <input type="radio"/> mäßige bis starke   | <input type="radio"/> blutig          |
|   | <input type="radio"/> grün            |
|   | <input type="radio"/> Sonstiges _____ |

## Konsistenz

- serös  schleimig

## Geruch

- Nein  Ja \_\_\_\_\_

## Entzündungszeichen

- Rötung
- Schwellung
- Wärme
- Schmerz
- Funktionseinschränkung

## Lokale Zeichen einer ... präsent

- Kritischen Kolonisation
- Wundinfektion
- Systemische Zeichen einer Wundinfektion

## Abstrich

- Nein  Ja, Ergebnis \_\_\_\_\_

## Wundgrund

- Epithelgewebe/Inseln
- fehlende Granulation
- Granulation
- Granulationsödem
- Hypergranulation
- Biofilm
- weiche/feuchte Nekrose
- Muskeln/Sehnen/Faszien
- Knochen
- Hämatome
- Kalkablagerung
- Fremdkörper
- Fibrinbeläge
- feste/trockene Nekrose
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Schmerzen

- Nein  Ja VAS/NRS \_\_\_\_\_

## In der Wunde

- Auf \_\_\_ Uhr  Gesamter Wundgrund

## Am Wundrand

- Auf \_\_\_ Uhr  Gesamter Wundgrund

## Wundumgebung

- Auf \_\_\_ Uhr  Gesamter Wundgrund

## Schmerzen beim Verbandwechsel

- Nein  Ja VAS \_\_\_\_\_

## Schmerzen bei Druck

- Nein  Ja VAS \_\_\_\_\_

## Überall im Bereich der Wunde

- Nein  Ja VAS \_\_\_\_\_

## Schmerztagebuch vorhanden

- Nein  Ja

## Sonstiges

# Therapieplan

Name, Vorname

Patientennummer



Rev.: 19040199193-BL

Geburtsdatum

Therapieverantwortlicher Arzt

<b>Wundspülung</b>	<input type="radio"/> NaCl 0,9%	<input type="radio"/> Ringer	Datum	Datum	Datum
	<input type="radio"/> Polyhexanid	<input type="radio"/> Octenisept	Foto <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Foto <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Foto <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anmerkungen	Anmerkungen	Anmerkungen
<b>Reinigung</b>	<input type="radio"/> Chirurgisch	<input type="radio"/> Mechanisch			
	<input type="radio"/> Autolytisch	<input type="radio"/>			
<b>Hautpflege</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Wundrandschutz</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Wundfüllung</b> Größe _____ cm	<input type="radio"/> Alginat	<input type="radio"/> Hydrofaser			
	<input type="radio"/> Cavity-Schaum	<input type="radio"/> Hydrogel			
	<input type="radio"/>				
<b>Wundabdeckung</b> Größe _____ cm	<input type="radio"/> Distanzgitter	<input type="radio"/> Kompresse			
	<input type="radio"/> Hydrokolloid	<input type="radio"/> Schaumverband			
	<input type="radio"/> Saugkompressen	<input type="radio"/> Folie			
	<input type="radio"/>				
<b>Fixierung</b>	<input type="radio"/> Selbstklebend	<input type="radio"/> Folie			
	<input type="radio"/> Fixiermull	<input type="radio"/> Mullbinde			
	<input type="radio"/>				
<b>Kompression</b>	<input type="radio"/> Kurzzugbinde	<input type="radio"/> Strumpf			
	Breite _____ cm	Klasse _____			
	Anzahl _____				
	<input type="radio"/> Maß				
	Breite _____ cm				
	Anzahl _____				
<input type="radio"/>					
<b>Sonstiges</b>					
<b>Handzeichen</b>					