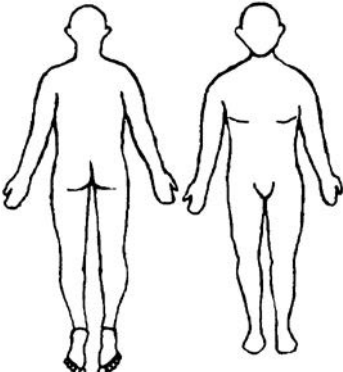


Wunddokumentationsblatt zur Anforderung von Verbandstoffen

Name		Adresse	
Soz.VERS.Nr.	Geb.Dat.	Telefon _____	
		Mobil _____	
		E-Mail _____	
Kontaktperson:		Telefon _____	
Arzt:		Telefon _____	
STEMPEL UND UNTERSCHRIFT		Mobil _____	
		E-Mail _____	
Wundversorgung durch		Betreuungsmodus HKP	
		Betreuungsmodus MHKP	
		Telefon _____	
		Mobil _____	
		E-Mail _____	

Wunddokumentation		Datum	
WU		Ursächliche Faktoren	
WR		Chron. venöse Insuffizienz	
WG		Arterielle Verschlusskrankheit	
WE		Druck	
		Diabetes mellitus	
		Trauma	
		Malignes Geschehen	
		sonstiges:	
Länge: mm		Zusätzl. Risikofaktoren	
Breite: mm		Immobilität	
Tiefe: mm		Kachexie	
Lokalisation		Adipositas	
		Inkontinenz	
		Mangelernährung	
		sonstiges:	
Wundart		Wundzustand	
Ulcus cruris venosum		nekrotisch	
Ulcus cruris arteriosum		infektiös	
Dekubitus		belegt	
Diabetischer Fuß		stagnierend	
OP- Wunde		granulierend	
Verbrennung		epithelisierend	
sonstiges:		Wundabstrich am:	
		Erreger:	
Maßnahmen		Verbandwechselintervall	
Reinigung mit:		Nahziel	
Desinfektion mit:		Zusätzliche Maßnahmen	
Wundfüller			
Verbandstoffe primär		Evaluationszeitraum	
Verbandstoffe sekundär			
Abdeckung		Foto im Anhang	
Fixierung			
Kompression			

Erfasst am	von	Unterschrift
Legende: WU - Wundumgebung	WG - Wundgrund	
WR - Wundrand	WE - Wundexsudat	