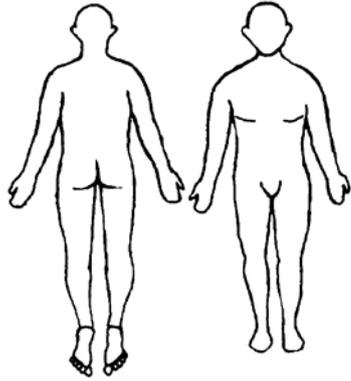


# Wunddokumentationsblatt zur Anforderung von Verbandstoffen

<b>Name</b>		<b>Adresse</b>	
<b>Soz.Vers.Nr.</b>	<b>Geb.Dat.</b>	<b>Telefon</b>	_____
		Mobil	_____
		E-Mail	_____
<b>Kontaktperson:</b>		Telefon	_____
Arzt:		Telefon	_____
		Mobil	_____
		E-Mail	_____
<b>Wundversorgung durch</b>		Betreuungsmodus HKP	
		Telefon	_____
		Mobil	_____
		E-Mail	_____

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

Erfasst am \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_