

## Wunddokumentationsblatt

Versicherungsnummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name des Patienten:

|  |
|--|
|  |
|--|

Lokalisation:

Wunddiagnose:

Größe:

Exsudation:  keine/gering  mäßig/stark  sehr stark

Infektion:  ja  nein

Silberunverträglichkeit:  ja  nein

Sonstiges:

|  |
|--|
|  |
|--|

**Wundversorgungsprodukt(e), Größe, Verpackungseinheit, OP, Pharmazentralnummer**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Verbandswechselintervall:  täglich  alle \_\_\_\_ Tage

Datum

Unterschrift