

# Wunderhebungsbogen

Datum: \_\_\_\_\_

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Vers.-Nr.:</b>
<b>Diagnose:</b>	

<b>Wundtyp:</b>		<b>Entzündungs-/Infektionszeichen:</b>	
<input type="checkbox"/> Ulcus cruris	<input type="checkbox"/> venös	<input type="checkbox"/> Schmerz	
	<input type="checkbox"/> arteriell	<input type="checkbox"/> Rötung	
	<input type="checkbox"/> diabetisch	<input type="checkbox"/> Schwellung	
<input type="checkbox"/> Dekubitus		<input type="checkbox"/> Fieber	
<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV
<input type="checkbox"/> Andere chronische Wunde _____		<input type="checkbox"/> "Funktionsstörung"	

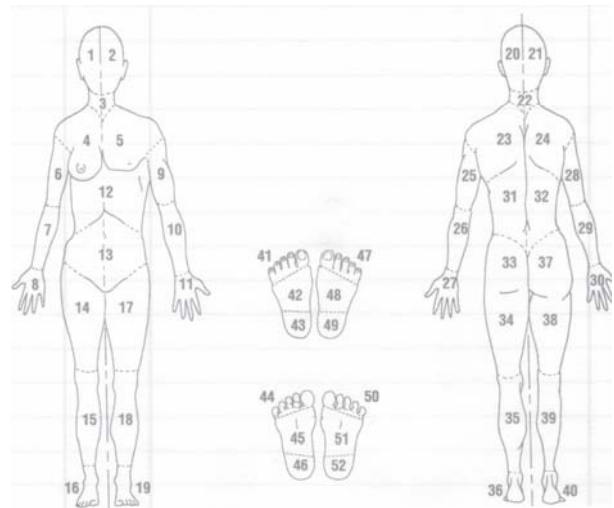
**Wundgröße (Länge x Breite x Tiefe):**

Nr.....: \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm

Nr.....: \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm

Nr.....: \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm

**Wundlokalisierung:**



**Wundursache und beeinflussende Faktoren:**

<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Kachexie
<input type="checkbox"/> Anämie	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> maligner Tumor	<input type="checkbox"/> Mangelernährung
<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> AVK	<input type="checkbox"/> Immunsuppression
<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/> Patienten-Compliance
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____

**Beschreibung**

**Exsudation:**  keine  mäßig  stark

**Zustand der wundumgebenden Haut:**

Ekzem  kein  mäßig  stark

Mazeration  kein  mäßig  stark

Rötung  kein  mäßig  stark

---



---



---



---

# Wunderhebungsbogen

- Seite 2 -

Name:

Wunde bekannt seit: \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

**Bemerkungen zur Wunde:**

**Vorherige Behandlung / bisher eingesetzter Wundverband:**

**Behandlungsvorschlag:**

**Zusätzliche Hilfsmittel:**

**Anmerkungen:**

# Wunderhebungsbogen

- Seite 3 -

## Persönliche Daten/Aufkleber des Patienten:

<b>Datum:</b>							
<b>Lokalisation:</b>							
<b>Größe d. Wunde (cm x cm):</b>							
<b>Wundtiefe (cm):</b>							
<b>Gradeinteilung:</b>							
<b>Fistelgänge/Kavernenbildung:</b>							
<b>Zustand der Wunde:</b>							
1. keine Beläge							
2. infiziert							
3. sezernierend							
4. fibrinbelegt							
5. nekrotisch							
<b>Zustand der Wundränder:</b>							
1. differenziert, scharf abgrenzbar							
2. undifferenziert, konfluierend							
3. Entzündungszeichen							
<b>Durchgeführte Wundversorgung:</b>							
<b>Verwendete Präparate:</b>							
- Hydrokolloidverband							
- Polymerverbände							
- Alginat							
- Hydrofasern							
- Hydrogel							
- Sonstiges:							
<b>Maßnahme beim Verbandwechsel:</b>							
Versiegelung							
Sonstige Maßnahmen:							
<b>Wundabstrich (ja/nein):</b>							
<b>Fotodokumentation (ja/nein):</b>							
<b>Nächster VW geplant am:</b>							
<b>Unterschrift/Namenszeichen:</b>							