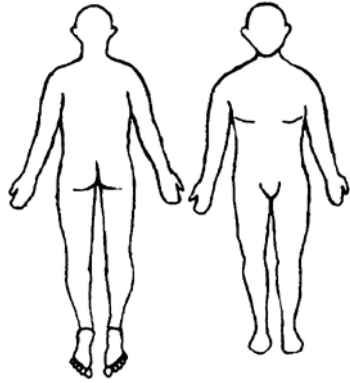


Wunddokumentationsblatt zur Anforderung von Verbandstoffen

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

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

Erfasst am

von

Unterschrift