



Wundversorgung



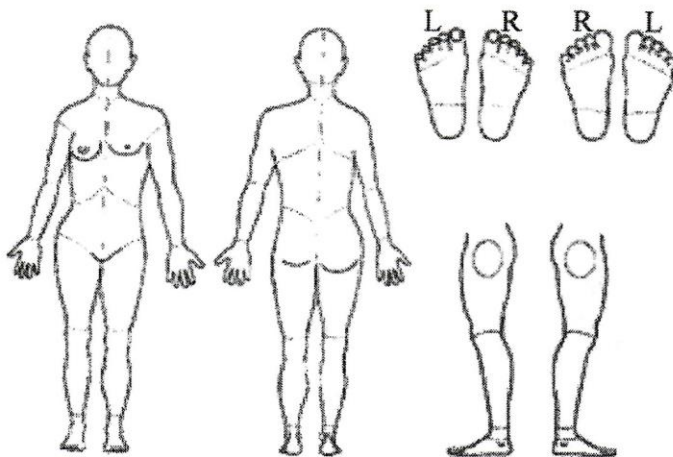
Wunddokumentation I

Patientenname _____

Datum _____

Hiermit willige ich in die Fotodokumentation des Wundbereichs ein:

Unterschrift des Patienten _____



Bemerkungen: _____



Wundversorgung

Patientenname _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| Untersuchungsdatum: (Einverständnis s.o.) | | | |
| Fotodokumentation: ja = ✓ (Einverständnis s.o.) | | | |
| Abstriche genommen: ja = ✓ | | | |
| Wundgröße | Längste Länge (cm) | | |
| | Längste Breite (cm) | | |
| | Tiefe (cm) | | |
| Wundgrund | Epithelinseln | | |
| | Granulationsgewebe | | |
| | Fibrinbeläge | | |
| | Nekrosen trocken/feucht | | |
| | Knochen/Sehnen | | |
| | Muskulatur/Fettgewebe | | |
| Wundexudation | Keine | | |
| | Wenig | | |
| | Mittel | | |
| | Viel | | |
| | Trübe | | |
| | Farbe | | |
| Wundinfektion | Rötung leicht/stark | | |
| | Überwärmung | | |
| | Schwellung/Ödem | | |
| | Eitrige Sekretion | | |
| Wundgeruch | Ja / Nein | | |
| Wundtasche | Bei wie viel Uhr (am Körper 12:00 Uhr kopfwärts / am Fuß 12:00 Uhr an den Zehen) | | |
| | Länge (cm) | | |
| | Tiefe (cm) | | |
| Wundrand | Intakt | | |
| | Mazeriert | | |
| | Gerötet | | |
| | Ödematös | | |
| | Eingerollt | | |
| | Zerklüftet | | |
| | hyperkeratös | | |
| | Ödematös | | |
| | Eingerollt | | |
| | Zerklüftet | | |
| hyperkeratös | | | |
| Wundumgebung | Intakt | | |
| | Trocken/schuppig | | |
| | Rötung leicht/stark | | |
| | Ödematös | | |
| | Mazeriert/feucht | | |
| | Pergamenthaut | | |
| | Spannungsblasen | | |
| | Ulceration/Risse/Kratzspuren | | |
| | Kalt/warm/heiß | | |
| Farbe | | | |
| Wundschmerz (VAS 1-10) | Keiner | | |
| | Dauerhaft | | |
| | Nur bei VW | | |

Bemerkungen: _____