

Wunddokumentation mit dem Wund-Dreieck

Für Wunde Nr.: _____

A WUNDANAMNESE

1. Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Geboren am _____

Datum der Erhebung _____ durch _____ (Hz.)

Aktuelle Wunde seit (Monat/Jahr) _____ Rezidivzahl _____

Zuständige Pflegekraft _____

Zuständiger Arzt _____

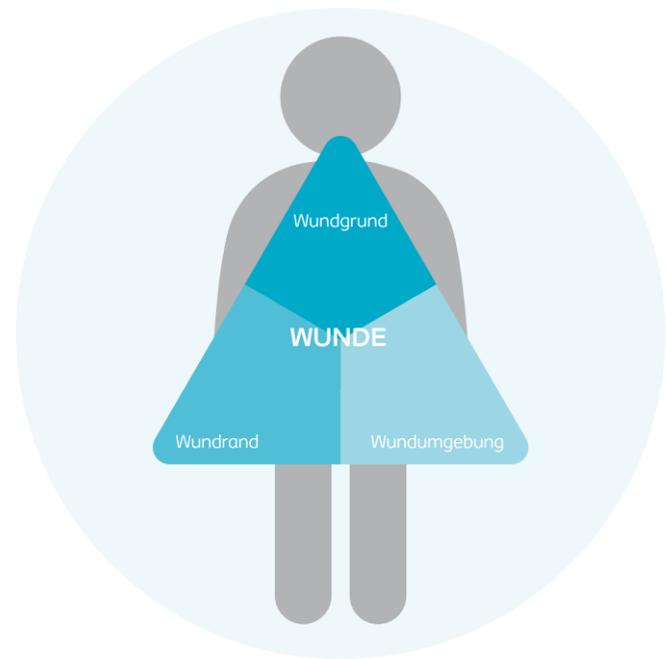
2. Lebensqualität: Was belastet den Patienten zurzeit am meisten durch die Wunde?

3. Selbstmanagement: Wie geht der Betroffene mit den krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen um?

4. Krankheitsverständnis: Was weiß der Betroffene über seine Wundentstehung, die Therapie und Prävention?

5. Ängste: Welche Befürchtungen hat der Patient?

6. Körperbildstörungen: Wie empfindet der Betroffene seinen Körper durch die Wunde verändert?



7. Schmerz: chronisch/zyklisch

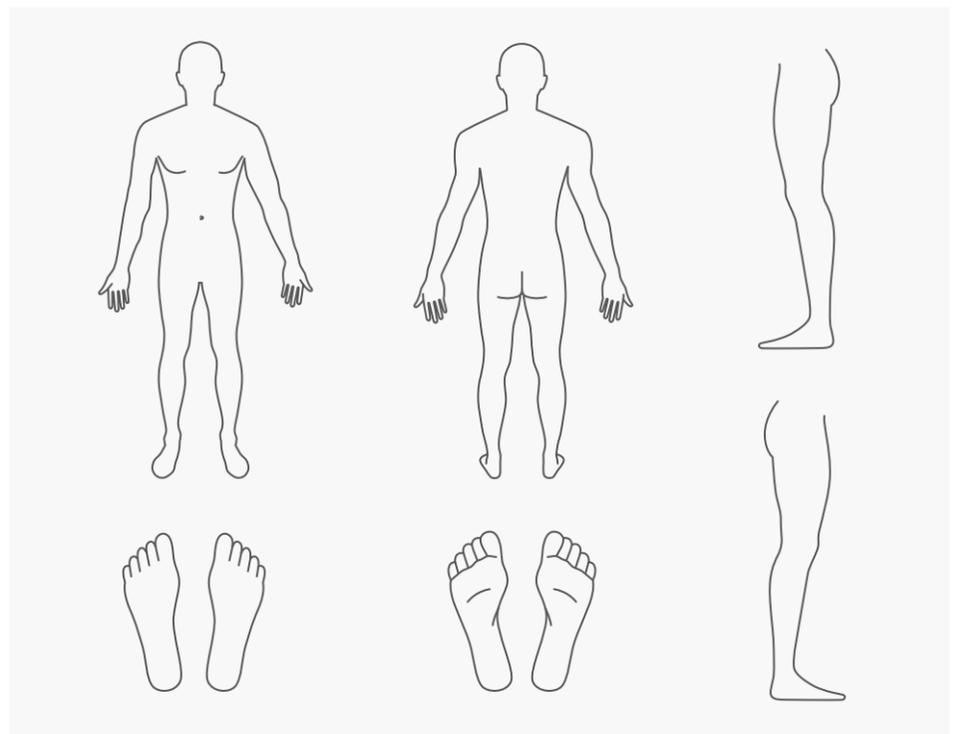
Akt. Schmerzmessung: _____ Numerische Rating Skala Visuelle Analog Skala

Hinweise:

8. Wundart

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Feuchtwund, z. B. Inkontinenz assoziiert |
| <input type="checkbox"/> Venöses Ulcus | <input type="checkbox"/> Verbrennung, Grad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arterieller Fußulcus | <input type="checkbox"/> Sekundärheilende OP Wunde |
| <input type="checkbox"/> Diabetischer Fußulcus | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumorstunde | |

9. Lokalisation der Wunde _____ (Bitte bezeichnen!)





		Angeordnet	Abgesetzt	Durchgeführt	Durchgeführt	Durchgeführt									
Wundauflage	Datum:														
Schaumverband															
Alginat															
Hydrogel															
Hydrokolloid															
Folie															
Distanzgitter / Gaze															
Silberhaltige															
Sonstige: _____															
Produktname: _____															

Wundfüller															
Schaum															
Alginat															
Silberhaltige															
Sonstige: _____															

Fixierung (falls erforderlich)															
Hydrokolloid															
Folie															
Sonstige: _____															

Sonstige Wundtherapie															
Unterdrucktherapie															

Lokale Schmerztherapie															

Zusatzmaßnahmen															
Wundrandschutz															
Hautpflege															

Kausaltherapie															
Kompression															
Druckverteilung															
Druckentlastung															
Individueller Bewegungsplan															
Sonstiges: _____															