

Wunddokumentation mit dem Wund-Dreieck

Für Wunde Nr.: _____

A ANAMNESE

1. Patientendaten

Name _____ Vorname _____ Geboren am _____

Datum der Erhebung _____ durch _____

Aktuelle Wunde seit (Monat/Jahr) _____ Rezidivzahl _____

Zuständige Pflegefachperson _____ Zuständiger Arzt _____



2. Wundart

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Verbrennung, Grad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Venöses Ulcus | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arteriellcs Fussulcus | <input type="checkbox"/> Sekundärheilende OP Wunde |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fussulcus | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumorwunde | _____ |
| <input type="checkbox"/> Feuchtigkeitswunde, z.B. Inkontinenz assoziiert | _____ |

3. Bisherige Diagnostik

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gefäßuntersuchungen | <input type="checkbox"/> Neurologisch |
| <input type="checkbox"/> venös | (Neuropathie: autonom, motorisch, sensorisch) |
| <input type="checkbox"/> arteriell | |
| Datum: _____ | <input type="checkbox"/> Mikrobiologie: _____ |

4. Wundheilungsstörungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes melitus | <input type="checkbox"/> Wundinfektion |
| <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Raucher |
| <input type="checkbox"/> Eiweissmangel | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gefässerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> venös | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> arteriell | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Automanipulation |
| <input type="checkbox"/> Cortison | |
| <input type="checkbox"/> Antibiotika | |
| <input type="checkbox"/> Zytostatika | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

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

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

7. Krankheitsverständnis: Was weiss der Betroffene über seine Wundentstehung, die Therapie und Prävention?

8. Ängste: Welche Befürchtungen hat der Patient?

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

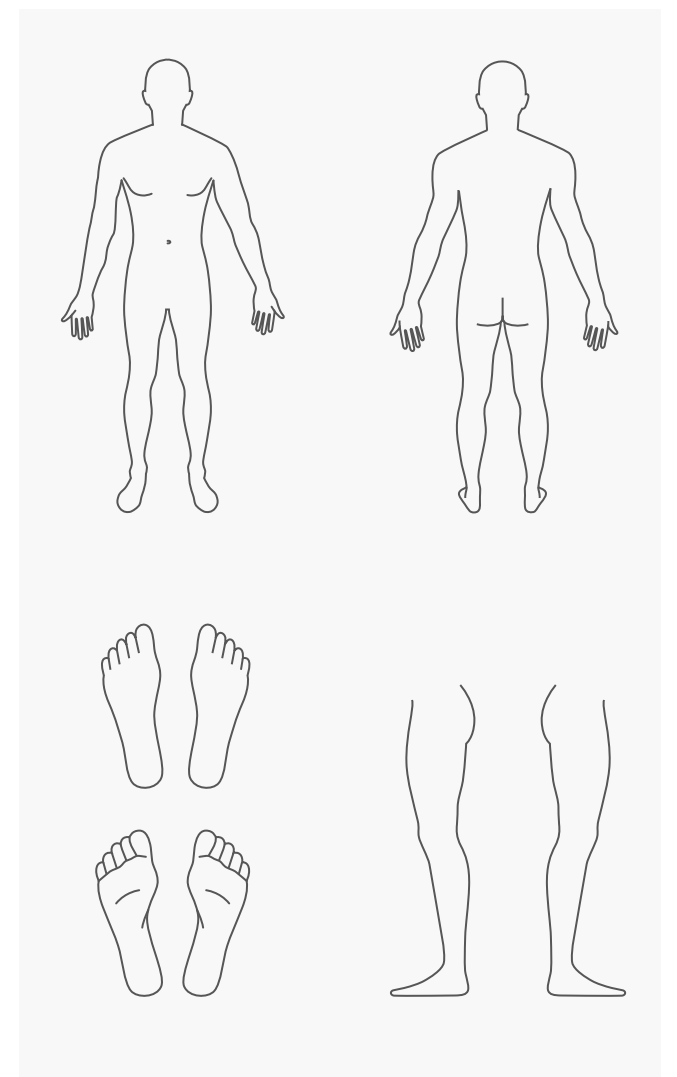
10. Schmerz: chronisch/zyklisch

Schmerzmessung: _____

Numerische Rating Skala Visuelle Analog Skala

Hinweise:

11. Lokalisation der Wunde





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

Wundfüller

Schaum															
Alginat															
Hydrofaser															
Silberhaltige															
Sonstige: _____															

Fixierung (falls erforderlich)

Hydrokolloid															
Folie															
Sonstige: _____															

Sonstige Wundtherapie

Unterdrucktherapie															

Lokale Schmerztherapie															

Zusatzmassnahmen

Wundrandschutz															
Hautpflege															

Kausaltherapie

Kompression															
Druckverteilung															
Druckentlastung															
Individueller Bewegungsplan															
Sonstiges: _____															