

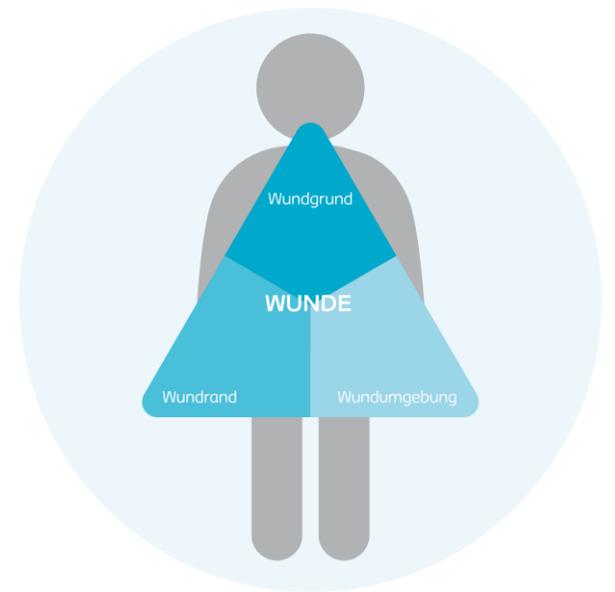
Wunddokumentation mit dem Wund-Dreieck

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?

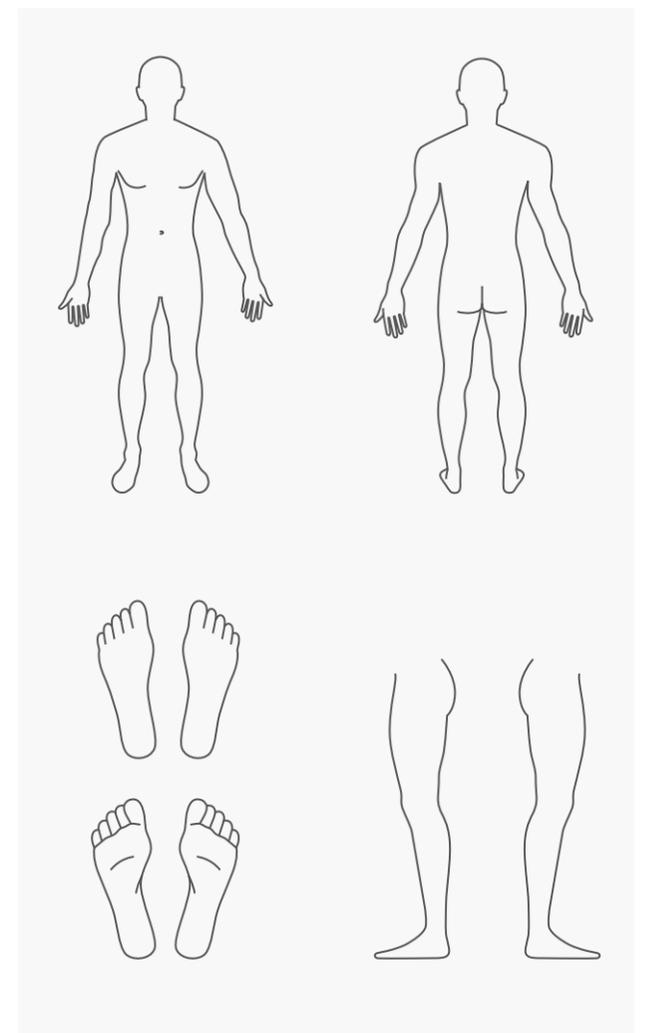
10. Schmerz: chronisch/zyklisch

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: _____															

		Angeordnet	Abgesetzt	Durchgeführt	Durchgeführt	Durchgeführt									
Wundfüller															
Schaum															
Alginat															
Hydrofaser															
Silberhaltige															
Sonstige: _____															

		Angeordnet	Abgesetzt	Durchgeführt	Durchgeführt	Durchgeführt									
Fixierung (falls erforderlich)															
Hydrokolloid															
Folie															
Sonstige: _____															

		Angeordnet	Abgesetzt	Durchgeführt	Durchgeführt	Durchgeführt									
Sonstige Wundtherapie															
Unterdrucktherapie															

Lokale Schmerztherapie															

		Angeordnet	Abgesetzt	Durchgeführt	Durchgeführt	Durchgeführt									
Zusatzmassnahmen															
Wundrandschutz															
Hautpflege															

		Angeordnet	Abgesetzt	Durchgeführt	Durchgeführt	Durchgeführt									
Kausaltherapie															
Kompression															
Druckverteilung															
Druckentlastung															
Individueller Bewegungsplan															
Sonstiges: _____															