

Patientenüberleitung

© Gesundheitskonferenz und Konferenz Alter und Pflege Essen

Anlage Wunde (Pro Wunde eine Anlage)

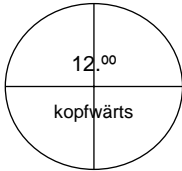
Name, Vorname _____	Geb. _____
---------------------	------------

Ärztliche Diagnose-Schweregrad / Klassifizierung _____

siehe Arztbrief

Patient/in ist mit der Weitergabe der Unterlagen einschließlich der Fotodokumentation einverstanden

Lokalisation der Wunde _____
MRE <input type="checkbox"/> Abstrich vom _____ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> Befund mitgegeben
Ausmaß der Wunde Länge _____ cm <input type="checkbox"/> Taschenbildung (T) Breite _____ cm <input type="checkbox"/> Fistelgang (F) Tiefe _____ cm <input type="checkbox"/> Unterminierung der Wundränder (U)
Wundfläche <input type="checkbox"/> Fibrin <input type="checkbox"/> Gangrän <input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Muskelanteile <input type="checkbox"/> Epithelisierung <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Sehnenanteile <input type="checkbox"/> Knochenanteile
Wundrand <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> unterminiert <input type="checkbox"/> wulstig <input type="checkbox"/> gerötet/livide <input type="checkbox"/> mazeriert <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> hyperkeratös <input type="checkbox"/> nekrotisch
Exsudation <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> serös <input type="checkbox"/> serös-eitrig <input type="checkbox"/> fibrinös <input type="checkbox"/> hämorrhagisch
Wundgeruch <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> für den/die Patienten/in störend
Wundumgebung <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> sklerotisch <input type="checkbox"/> schuppig <input type="checkbox"/> rissig <input type="checkbox"/> ödematös <input type="checkbox"/> maziert <input type="checkbox"/> gerötet/livide <input type="checkbox"/> atrophisch <input type="checkbox"/> hyperkeratös <input type="checkbox"/> Blasenbildung <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Hyperpigmentierung <input type="checkbox"/> Erythem <input type="checkbox"/> Ekzem
Wundschmerz nach NRS (Numerische Rating Skala) <input type="checkbox"/> in Ruhe _____ <input type="checkbox"/> während des Verbandwechsels _____
Wundspülung / Antiseptikum (Produkt) <input type="checkbox"/> _____



Passive periodische Wundreinigung <input type="checkbox"/> autolytisch _____ <input type="checkbox"/> enzymatisch _____ <input type="checkbox"/> Nasstherapie _____																					
Wundrandschutz <input type="checkbox"/> _____																					
Hautpflege <input type="checkbox"/> _____																					
Wundtamponaden <input type="checkbox"/> _____																					
Wundauflagen / Wundtherapeutika <table border="1" style="width:100%"><thead><tr><th></th><th>Größe(cm)</th><th>Anzahl</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Wunddistanzgitter _____</td><td>_____ x _____</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Polyurethan _____</td><td>_____ x _____</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hydrokolloid _____</td><td>_____ x _____</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Superabsorber _____</td><td>_____ x _____</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> sterile Kompressen _____</td><td>_____ x _____</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> _____</td><td>_____ x _____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		Größe(cm)	Anzahl	<input type="checkbox"/> Wunddistanzgitter _____	_____ x _____	_____	<input type="checkbox"/> Polyurethan _____	_____ x _____	_____	<input type="checkbox"/> Hydrokolloid _____	_____ x _____	_____	<input type="checkbox"/> Superabsorber _____	_____ x _____	_____	<input type="checkbox"/> sterile Kompressen _____	_____ x _____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____ x _____	_____
	Größe(cm)	Anzahl																			
<input type="checkbox"/> Wunddistanzgitter _____	_____ x _____	_____																			
<input type="checkbox"/> Polyurethan _____	_____ x _____	_____																			
<input type="checkbox"/> Hydrokolloid _____	_____ x _____	_____																			
<input type="checkbox"/> Superabsorber _____	_____ x _____	_____																			
<input type="checkbox"/> sterile Kompressen _____	_____ x _____	_____																			
<input type="checkbox"/> _____	_____ x _____	_____																			
Fixierung <input type="checkbox"/> Fixiervlies <input type="checkbox"/> Mullbinde <input type="checkbox"/> Idealbinde <input type="checkbox"/> Schlauchverband _____ cm <input type="checkbox"/> Folienverband																					
Empfohlene Maßnahmen (a= mitgegeben b=beantragt) <input type="checkbox"/> Lagerungshilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> Wattepolsterung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel zur Fersenfreilagerung <input type="checkbox"/> Kompressionsklasse _____ <input type="checkbox"/> Strumpf _____ <input type="checkbox"/> gewickelt <input type="checkbox"/> Verbandsschuhe <input type="checkbox"/> spez. Fußbettung <input type="checkbox"/> Podologie <input type="checkbox"/> Patientenedukation/-anleitung <input type="checkbox"/> Angehörigenedukation/-anleitung <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung <input type="checkbox"/> _____																					
Verbandswechselintervall Verbandswechselintervall _____ täglich																					

Bemerkungen <input type="checkbox"/> Wundbezogene Allergien _____ <input type="checkbox"/> Schmerztherapie (s. Bundesmedikationsplan) <input type="checkbox"/> Verordnung von sterilen Einmalpinzetten empfohlen <input type="checkbox"/> Verbandmaterial wird durch Firma/Apotheke. _____ geliefert. <input type="checkbox"/> Rezept ausgehändigt.
Unterschrift Pflegefachkraft _____ Telefonnummer bei Rückfragen _____
Unterschrift Arzt _____ Datum _____