

# Wundassessment für Wunde Nr.: \_\_\_\_\_

### 1. Patientendaten oder -aufkleber

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_ (Hz.) \_\_\_\_\_

Aktuelle Wunde seit: \_\_\_\_\_

Rezidivzahl: \_\_\_\_\_

Zuständige Pflegekraft: \_\_\_\_\_

Zuständiger Arzt: \_\_\_\_\_

### 2. Wundart

☐ Dekubitus

☐ Diabetischer Fuß

☐ Ulcus cruris:

☐ venosum (Widmer 3b)

☐ arteriosum

☐ mixtum

☐ onkologische Wunde

☐ Verbrennung

☐ sekundär heilende OP-Wunde

☐ Sonstige

\_\_\_\_\_

### 3. Bisherige Diagnostik

☐ Gefäßuntersuchungen

☐ venös

☐ arteriell

Datum: \_\_\_\_\_

☐ Neurologisch (Neuropathie:

☐ autonom ☐ motorisch ☐ sensorisch)

☐ Mikrobiologie: \_\_\_\_\_

### 4. Lebensqualität

☐ Schmerzen: ☐ chronisch ☐ zyklisch

☐ aktuelle Schmerzmessung:

☐ Numerische Rating-Skala (NRS) \_\_\_\_\_

☐ Visuelle Analog Skala (VAS) \_\_\_\_\_

☐ Schlafstörungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist das größte Problem durch die chronische Wunde aus Sicht des Betroffenen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Wundheilungsstörungen

☐ Diabetes melitus

☐ Immobilität

☐ Mangelernährung

☐ Eiweißmangel

☐ Gefäßerkrankungen

☐ venös

☐ arteriell

☐ Medikamente

☐ Cortison

☐ Antibiotika

☐ Zytostatika

☐ \_\_\_\_\_

☐ Wundinfektion

☐ Inkontinenz

☐ Raucher

☐ Immunschwäche

☐ Allergie

☐ Adipositas Stress

☐ Automanipulation

Sichtweise des Betroffenen zu seiner Wunde:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement

Wie geht der Betroffene mit den krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen um?

Was weiß der Betroffene über seine Wundentstehung, die Therapie und Prävention?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Zuletzt durchgeführte Therapien

#### Lokale Therapien

Spülung

☐ NaCl 0,9%

☐ Ringer

Antiseptika

☐ Polyhexanid

☐ Sonstige

\_\_\_\_\_

Verband

☐ Schaumverband

☐ Alginat

☐ Hydrogel

☐ Hydrokolloid

☐ Folie

☐ Kompressen

☐ Sonstiges

\_\_\_\_\_

#### Kausale Therapien

☐ Kompressionstherapie

\_\_\_\_\_

☐ Lagerungssysteme

☐ druckverteilend

\_\_\_\_\_

☐ Bewegungsförderung

☐ druckentlastend

\_\_\_\_\_

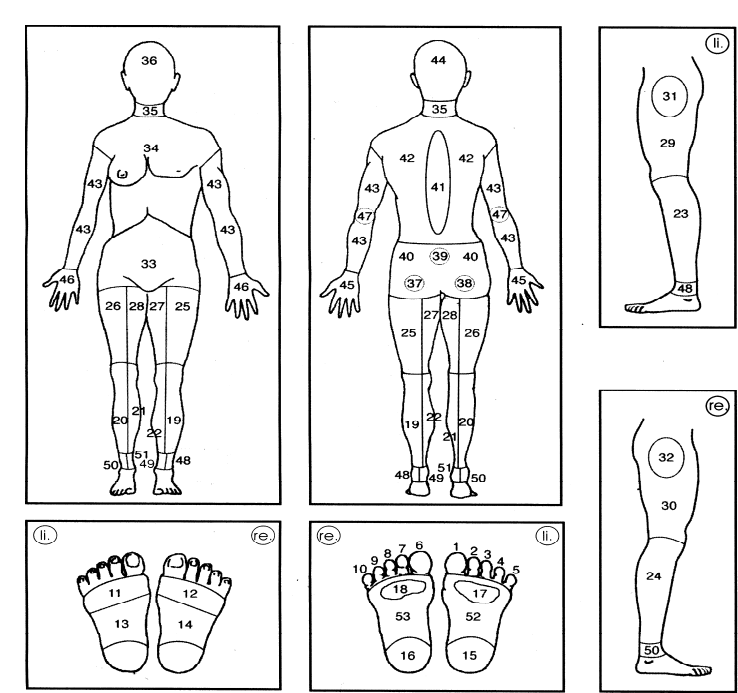
☐ Druckentlastung Fuß

\_\_\_\_\_

☐ Sonstige

\_\_\_\_\_

### 7. Lokalisation der Wunde \_\_\_\_\_ (Bitte bezeichnen!)



Produktname \_\_\_\_\_

Débridement

☐ chirurgisch

☐ autolytisch

☐ enzymatisch bio-

☐ chirurgisch Sonstige

☐ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9. Fotodokumentation

☐ ja, Datum \_\_\_\_\_

☐ nein

Bitte beschreiben Sie hier die Lokalisation der Wunde mit Worten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Verlaufsbogen für Wunde Nr.: \_\_\_\_\_

Wunde verschlossen: \_\_\_\_\_ (Datum eintragen) (Hz.) \_\_\_\_\_

[illegible]

Wundtherapie für Wunde Nr.: \_\_\_\_\_

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]