

Quelle:

www.krankenpflegewissen.de

© 2002 Brumberg / Levenig

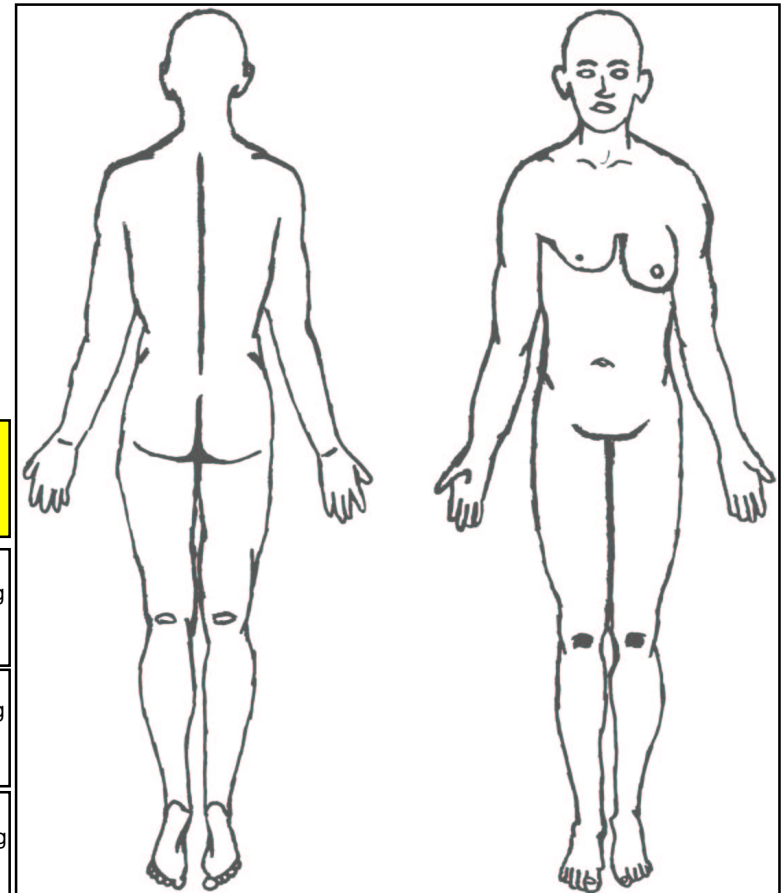
# Wundanamnese

Datum:

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

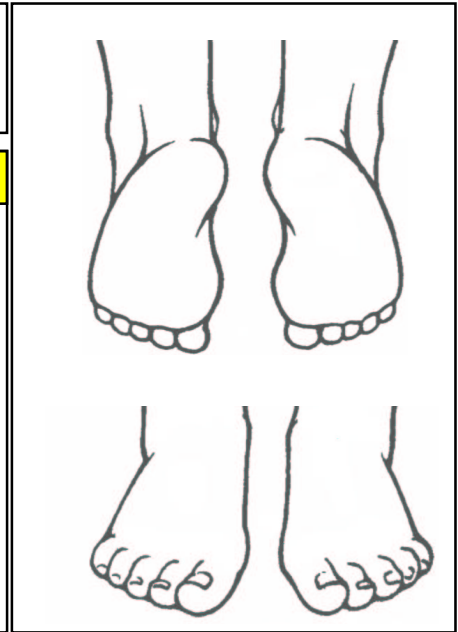
Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Aufnahme-  
datum : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_



Nr.	Wundart	Versorgung bisher:	Tiefe	Wundzustand
1	Größe(cm): X	<input type="checkbox"/> Alginate <input type="checkbox"/> Schaumstoffe <input type="checkbox"/> Hydrokolloide/ Hydrogele <input type="checkbox"/> Kompresse/ Ringerlsg./ NaCl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Epidermis, Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Faszie, Muskeln <input type="checkbox"/> Sehnen, Knochen	<input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrinbeläge <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Epithelisierung <input type="checkbox"/> Wundinfektion Abstrich am: _____
2	Größe(cm): X	<input type="checkbox"/> Alginate <input type="checkbox"/> Schaumstoffe <input type="checkbox"/> Hydrokolloide/ Hydrogele <input type="checkbox"/> Kompresse/ Ringerlsg./ NaCl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Epidermis, Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Faszie, Muskeln <input type="checkbox"/> Sehnen, Knochen	<input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrinbeläge <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Epithelisierung <input type="checkbox"/> Wundinfektion Abstrich am: _____
3	Größe(cm): X	<input type="checkbox"/> Alginate <input type="checkbox"/> Schaumstoffe <input type="checkbox"/> Hydrokolloide/ Hydrogele <input type="checkbox"/> Kompresse/ Ringerlsg./ NaCl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Epidermis, Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Faszie, Muskeln <input type="checkbox"/> Sehnen, Knochen	<input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrinbeläge <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Epithelisierung <input type="checkbox"/> Wundinfektion Abstrich am: _____
4	Größe(cm): X	<input type="checkbox"/> Alginate <input type="checkbox"/> Schaumstoffe <input type="checkbox"/> Hydrokolloide/ Hydrogele <input type="checkbox"/> Kompresse/ Ringerlsg./ NaCl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Epidermis, Dermis <input type="checkbox"/> Subcutis <input type="checkbox"/> Faszie, Muskeln <input type="checkbox"/> Sehnen, Knochen	<input type="checkbox"/> Nekrose <input type="checkbox"/> Fibrinbeläge <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Epithelisierung <input type="checkbox"/> Wundinfektion Abstrich am: _____

Dekubitusgefahr



Den Heilungsverlauf beeinflussende Faktoren / Erkrankungen:	Zusätzlich durchgeführte Maßnahmen:
<input type="checkbox"/> Arterielle Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Lymphatische / Venöse Insuffizienz <input type="checkbox"/> Infektion (systemisch) <input type="checkbox"/> Nährstoffmangel (Albuminmangel, Kachexie) <input type="checkbox"/> Non-Compliance des Pat. <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung (z.B. Polyneuropathie) <input type="checkbox"/> Lokale Wundinfektion Nr.: _____ Erregernachweis: _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Kompressionsverband / Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> <u>Druckentlastung</u> <input type="checkbox"/> (Super-) Weichlagerung in Bett & Rollstuhl <input type="checkbox"/> Spezialmatratze <input type="checkbox"/> Sitzring / Gelkissen <input type="checkbox"/> angepaßte Sitzschalen <input type="checkbox"/> Lagerungswechsel alle _____ Stunden <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mobilisation _____ <input type="checkbox"/> _____

**Ergänzungen:**

1	
2	
3	
4	

--	--	--	--

--	--	--	--