

Wunddokumentation mit dem Wund-Dreieck

Für Wunde Nr.: _____

A WUNDANAMNESE

1. Patientendaten

Name _____		Vorname _____	
Geboren am _____			
Datum der Erhebung	durch	(Hz.)	
Aktuelle Wunde seit (Monat/Jahr)		Rezidivzahl	
Zuständige Pflegekraft _____			
Zuständiger Arzt _____			

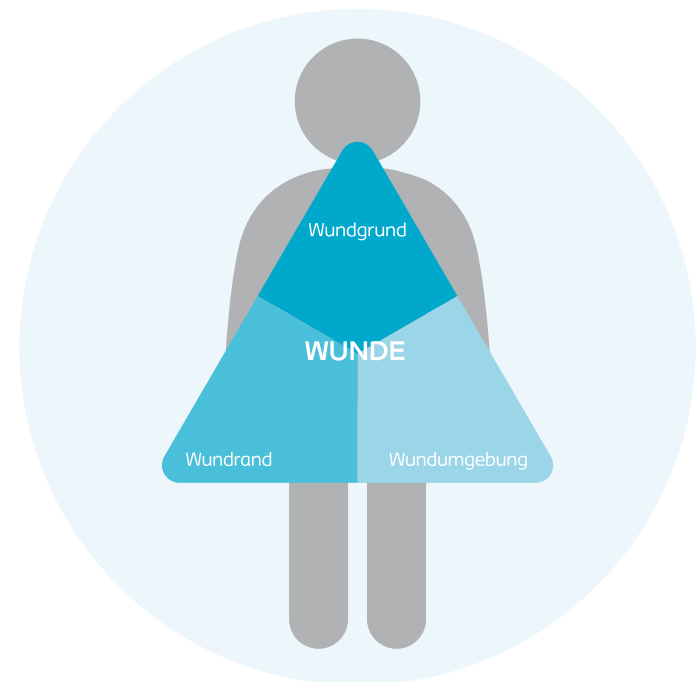
2. Lebensqualität: Was belastet den Patienten zurzeit am meisten durch die Wunde?

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

4. Krankheitsverständnis: Was weiß der Betroffene über seine Wundentstehung, die Therapie und Prävention?

5. Ängste: Welche Befürchtungen hat der Patient?

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



7. Schmerz: chronisch/zyklisch

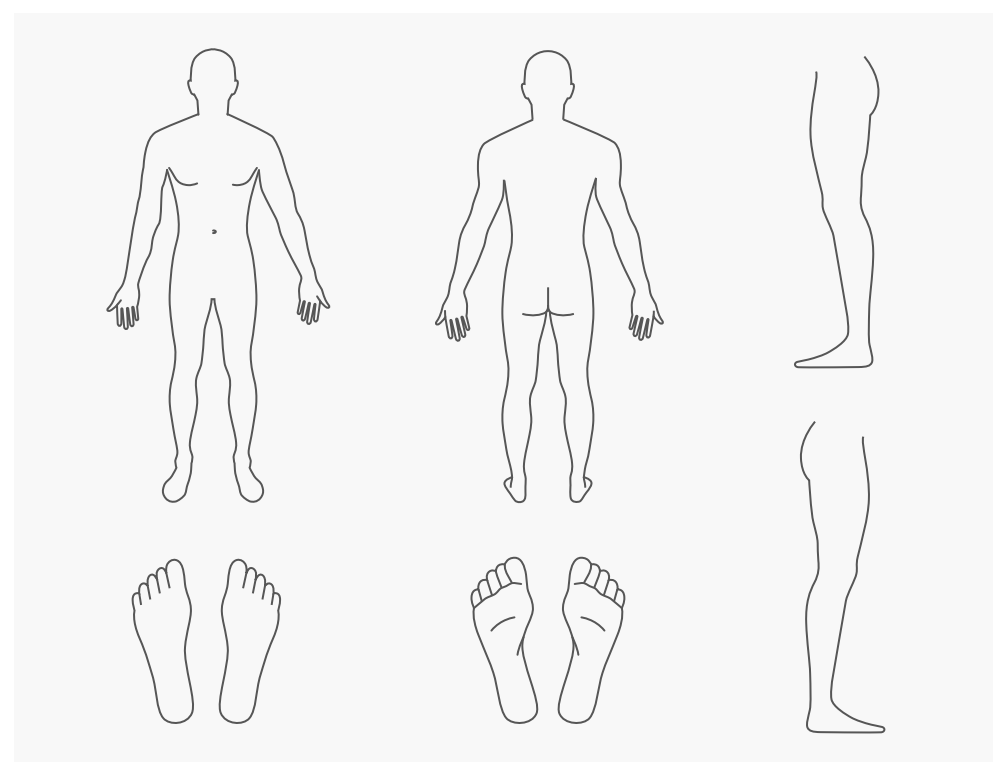
Akt. Schmerzmessung: _____ ☐ Numerische Rating Skala ☐ Visuelle Analog Skala

Hinweise:

8. Wundart

- | | |
|--|---|
| ☐ Dekubitus | ☐ Feuchtigkeitswunde, z. B. Inkontinenz assoziiert |
| ☐ Venöses Ulcus | ☐ Verbrennung, Grad: _____ |
| ☐ Arterieller Fußulcus | ☐ Sekundärheilende OP Wunde |
| ☐ Diabetischer Fußulcus | ☐ Sonstige: _____ |
| ☐ Tumorwunde | |

9. Lokalisation der Wunde _____ (Bitte bezeichnen!)



[illegible]

Alle Angaben in Prozent:

[illegible]

Ankreuzen:

[illegible]

Ankreuzen:

[illegible]

Abgelesen Wert auf der Schmerzskala eintragen:

[illegible][illegible]

(Gesamtes Hautareal unter dem Verband)

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



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

Wundfüller															
Schaum															
Alginat															
Silberhaltige															
Sonstige: _____															

Fixierung (falls erforderlich)															
Hydrokolloid															
Folie															
Sonstige: _____															

Sonstige Wundtherapie															
Unterdrucktherapie															

Lokale Schmerztherapie															

Zusatzmaßnahmen															
Wundrandschutz															
Hautpflege															

Kausaltherapie															
Kompression															
Druckverteilung															
Druckentlastung															
Individueller Bewegungsplan															
Sonstiges: _____															