



<b>Vorname</b>	<b>Name</b>	<b>geb.</b>
Pflegefachkraft		Arzt
Telefon		Telefon
Ort/Datum		Ort/Datum
Unterschrift Pflegefachkraft		Unterschrift Arzt

WUNDUMGEBUNG	WUNDE 1	WUNDE 2	WUNDE 3
	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> sehr trocken <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> nässend	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> sehr trocken <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> nässend	<input type="checkbox"/> reizlos <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> sehr trocken <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> nässend
PROCEDERE VERBANDWECHSEL	WUNDE 1	WUNDE 2	WUNDE 3
Größe der Wunde	Länge      x Breite      cm Tiefe                              cm	Länge      x Breite      cm Tiefe                              cm	Länge      x Breite      cm Tiefe                              cm
Foto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wundgeruch	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> übelriechend	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> übelriechend	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> übelriechend
Exsudatstatus	<input type="checkbox"/> wenig exsudierend <input type="checkbox"/> mäßig exsudierend <input type="checkbox"/> stark exsudierend <input type="checkbox"/> sehr stark exsudierend	<input type="checkbox"/> wenig exsudierend <input type="checkbox"/> mäßig exsudierend <input type="checkbox"/> stark exsudierend <input type="checkbox"/> sehr stark exsudierend	<input type="checkbox"/> wenig exsudierend <input type="checkbox"/> mäßig exsudierend <input type="checkbox"/> stark exsudierend <input type="checkbox"/> sehr stark exsudierend
Wundrandschutz mit Pflege Wundumgebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Wundreinigung  <input type="checkbox"/> Nass-Trockenphase  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgisches Débridement <input type="checkbox"/> Wunde mit Prontosan® spülen/auswischen <input type="checkbox"/> Wunde mit Ringerlösung/NaCl spülen/auswischen <input type="checkbox"/> Prontosan® Wound Gel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgisches Débridement <input type="checkbox"/> Wunde mit Prontosan® spülen/auswischen <input type="checkbox"/> Wunde mit Ringerlösung/NaCl spülen/auswischen <input type="checkbox"/> Prontosan® Wound Gel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgisches Débridement <input type="checkbox"/> Wunde mit Prontosan® spülen/auswischen <input type="checkbox"/> Wunde mit Ringerlösung/NaCl spülen/auswischen <input type="checkbox"/> Prontosan® Wound Gel <input type="checkbox"/>
2. Wundantiseptik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Wundfüller	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Wundauflage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Häufigkeit des Verbandwechsels	<input type="checkbox"/> x täglich <input type="checkbox"/> x wöchentlich	<input type="checkbox"/> x täglich <input type="checkbox"/> x wöchentlich	<input type="checkbox"/> x täglich <input type="checkbox"/> x wöchentlich
6. Bemerkungen			