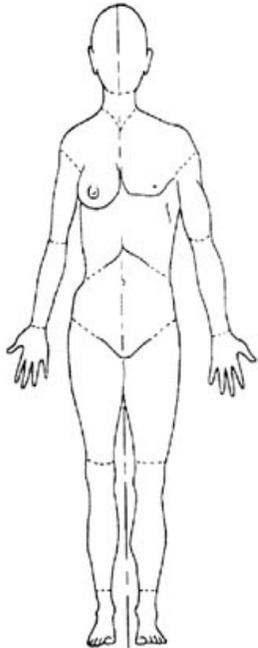


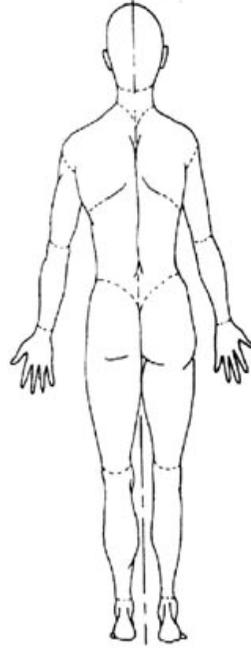
Vorname : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_ für Wunde : \_\_\_\_\_ (Bitte je Wunde 1x ausfüllen)  
 für die Woche vom : \_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_ Handzeichen (Pflegekraft): \_\_\_\_\_

Schmerzlokalisierung :

Schmerz : ○



bei veränderter Lokalisation  
bitte Tag (z.B. Di) anschreiben



Schmerz-Stärke : (bitte von Messschieber ablesen!)

Tag 1	<input type="checkbox"/>									
Tag 2	<input type="checkbox"/>									
Tag 3	<input type="checkbox"/>									
Tag 4	<input type="checkbox"/>									
Tag 5	<input type="checkbox"/>									
Tag 6	<input type="checkbox"/>									
Tag 7	<input type="checkbox"/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	gering				Schmerz					stark

Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 1 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	
Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 2 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	
Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 3 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	
Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 4 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	
Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 5 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	
Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 6 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	
Schmerz Art : <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> spitz <input type="checkbox"/> ziehend <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> anhaltend <input type="checkbox"/> intermittierend Tag 7 <input type="checkbox"/> ausstrahlend <input type="checkbox"/> punktiert <input type="checkbox"/> flächenartig	Wundumgebung : <input type="checkbox"/> blass/trocken <input type="checkbox"/> feucht/warm <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzsensibel <input type="checkbox"/> zyanotisch <input type="checkbox"/> kontaminiert <input type="checkbox"/> infiziert <input type="checkbox"/> mazeriert
Bemerkung zur Wunde : _____	