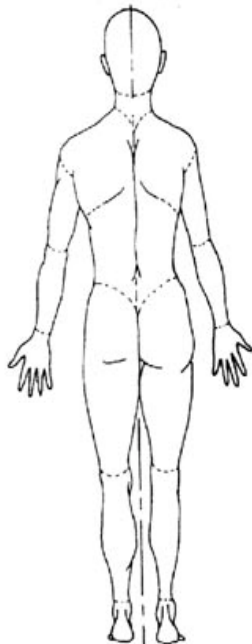
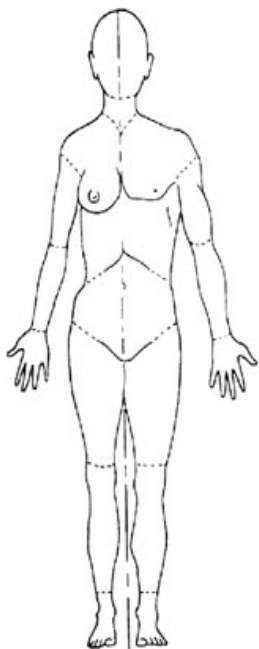


# Bogen große Dokumentation (Wunde)

Vorname : \_\_\_\_\_ Name : \_\_\_\_\_ für Wunde : \_\_\_\_\_ (Bitte je Wunde 1x ausfüllen)  
Datum : \_\_\_\_\_ Handzeichen (Pflegekraft): \_\_\_\_\_

Schmerzlokalisierung :

Schmerz : ○



Schmerz-Stärke : (bitte von Messschieber ablesen!)

<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gering			Schmerz				stark		

Schmerz Art : ☐ dumpf ☐ spitz ☐ ziehend  
☐ stechend ☐ anhaltend ☐ intermittierend  
☐ ausstrahlend ☐ punktiert ☐ flächenartig

Wundumgebung : ☐ blass/trocken ☐ feucht/warm  
☐ gerötet/schmerzsensibel ☐ zyanotisch ☐ kontaminiert  
☐ infiziert ☐ mazeriert

Bemerkung zur Wunde : \_\_\_\_\_

Wundstadium :

☐ Nekrose (trocken) ☐ Nekrose (exudativ) ☐ Nekrose (fibrinös)  
☐ Nekrose + Fibrinbelag + Granulation ☐ Fibrinbelag  
☐ Fibrinbelag + Granulation ☐ Granulation  
☐ Granulation + Epithelisation ☐ Epithelisiert

Wundtaschen :

☐ ja ☐ nein

Lokalisation u. Tiefe der Wundtaschen : \_\_\_\_\_

Wundfarbe : ☐ gelb ☐ rot  
☐ schwarz ☐ farbl. gemischt

Wundbelag : ☐ kein ☐ gelblich ☐ bräunlich  
☐ schwarz ☐ gemischt

Geruch : ☐ kein ☐ faulig  
☐ süsslich ☐ säuerlich

Sekretionsfarbe : ☐ keine ☐ grünlich ☐ gelblich  
☐ bräunlich ☐ transparent

Sekretionsmenge : ☐ keine ☐ wenig  
☐ mäßig ☐ viel

Therapie-Akzeptanz : ☐ ja ☐ nein

Bemerkung zu Therapie-Akzeptanz: \_\_\_\_\_

Bemerkung (allgemein) :