

Bogen Wund-Anamnese

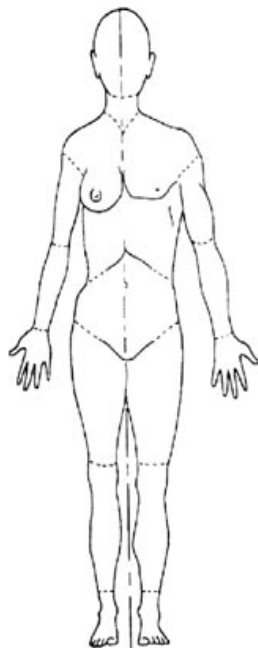
(Bitte je Wunde 1x ausfüllen)

Vorname : _____ Name : _____

Datum : _____ Wunde besteht seit: _____

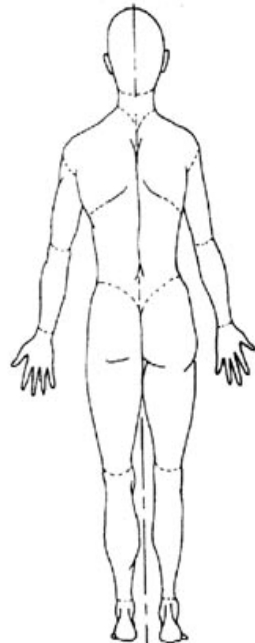
Handzeichen (Pflegekraft): _____

Wundlokalisation :



Wunde : ☒ X

Schmerz : ☐ ○



Wundart :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Operationswunde | <input type="checkbox"/> Ablederung | <input type="checkbox"/> Kriegswunde |
| <input type="checkbox"/> Platzwunde | <input type="checkbox"/> Quetschwunde | <input type="checkbox"/> Risswunde |
| <input type="checkbox"/> Schnittwunde | <input type="checkbox"/> Schürfwunde | <input type="checkbox"/> Schußwunde |
| <input type="checkbox"/> Stichwunde | <input type="checkbox"/> Weichteilzertrümmerung | <input type="checkbox"/> Bisswunde |
| <input type="checkbox"/> chem. Hautverletzung | <input type="checkbox"/> Erfrierung | <input type="checkbox"/> Starkstromverletzung |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung | <input type="checkbox"/> Decubitus | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris (arteriell) |
| <input type="checkbox"/> Ulcus cruris (kombiniert) | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris (lymphatisch) | <input type="checkbox"/> Ulcus cruris (traumatisch) |
| <input type="checkbox"/> Ulcus cruris (venös) | <input type="checkbox"/> durch Blutzuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetisches Gangrän |

- ☐ fistelnde Wunden (Osteomyelitis, Morbus Crohn)
- ☐ Gefässentzündungen (Vasculitisformen)
- ☐ Genetische Defekte (Immunologische Defekte)
- ☐ ulcerierende Tumore (Basaliom, Spinaliom, Melanom, etc.)

Wundstadium :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nekrose (trocken) | <input type="checkbox"/> Nekrose (exudativ) | <input type="checkbox"/> Nekrose (fibrinös) |
| <input type="checkbox"/> Nekrose + Fibrinbelag + Granulation | <input type="checkbox"/> Fibrinbelag | |
| <input type="checkbox"/> Fibrinbelag + Granulation | <input type="checkbox"/> Granulation | |
| <input type="checkbox"/> Granulation + Epithelisation | <input type="checkbox"/> Epithelisiert | |

Diagnose :

ICD10 _____

Eigene : _____

Wunde erworben : ☐ zu Hause ☐ Alten-/Pfleheim ☐ Krankenhaus

Wundspezifikation :

- | | | |
|---|--|--|
| Wundumgebung : | <input type="checkbox"/> blass/trocken | <input type="checkbox"/> feucht/warm |
| <input type="checkbox"/> gerötet/schmerzempfindlich | <input type="checkbox"/> zyanotisch | <input type="checkbox"/> kontaminiert |
| <input type="checkbox"/> infiziert | <input type="checkbox"/> mazeriert | |
| Wundfarbe : | <input type="checkbox"/> gelb | <input type="checkbox"/> rot |
| | <input type="checkbox"/> schwarz | <input type="checkbox"/> farbl. gemischt |
| Wundbelag : | <input type="checkbox"/> kein | <input type="checkbox"/> gelblich |
| | <input type="checkbox"/> schwarz | <input type="checkbox"/> gemischt |

- | | | |
|-------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Geruch : | <input type="checkbox"/> kein | <input type="checkbox"/> faulig |
| | <input type="checkbox"/> süßlich | <input type="checkbox"/> säuerlich |
| Sekretionsfarbe : | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> grünlich |
| | <input type="checkbox"/> gelblich | <input type="checkbox"/> bräunlich |
| | <input type="checkbox"/> transparent | |
| Sekretionsmenge : | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> wenig |
| | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> viel |

Wundtaschen : ☐ ja ☐ nein

Lokalisation u. Tiefe der Wundtaschen: _____

Bemerkung zur Wunde :

Schmerz :

Lokalisation bitte auf Grafik (linke Seite) einzeichnen!

- | | | | |
|---------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| 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 |
| | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | <input type="checkbox"/> punktiert | <input type="checkbox"/> flächenartig. |

Schmerz-Stärke : (bitte von Messscheiber 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		