

## Persönliche Patientendaten

Name  Vorname  Geburtsdatum

Beh. Arzt/Telefon  Verantwortliche Pflegefachkraft/Telefon

## Anamnese

Wunde besteht seit

Wundart  Verbrennungswunde  Exulcerierende Tumorwunde  Sekundär heilende Wunde

Sonstige

Therapierelevante Diagnosen:

Medikamente, siehe Medikamentenplan

Allergien  Nein  Ja, siehe Allergiepass

Bisherige Wundtherapie  Trocken/Salbenverbände  Ideal-feucht  Unterdrucktherapie

Sonstige

Hautschutz/-pflege:

Lokalisation, siehe Skizze (evtl. vorhandene Fotos am Bogen befestigen)



## Einflussfaktoren

- Fehlendes Krankheitsverständnis  Skelettdeformierungen  Kachexie  Adipositas  Exsikkose  Rauchen  (Zig./Tag)
- Alkohol/Drogen  Stress  Psyche  Trauma  Infektion (systemisch)  Inkontinenz
- Demenz  Hautfeuchtigkeit  Fraktur/en  Geschwächter Immunstatus  Konsumierende Grunderkrankung  Stoma im Wundgrund/am Wundrand
- Schmerz  Teilweise Immobil  Vollständig Immobil

Sonstige

## Wund- und therapiebedingte Einschränkungen

- Hohe Exsudatmengen  Unangenehme Gerüche  Mobilitäts-/Aktivitätseinschränkungen  Abhängigkeit von Anderen/fremder Hilfe  Schlafstörungen
- Trauer  Eingeschränkte Kleidungs-/Schuhwahl  Schwierigkeiten bei der persönl. Hygiene  Depression/Frustration  Soziale Isolation
- Ängste/Sorgen

Sonstige

## Schmerzen

Stärke (siehe VAS-Skala)  Schmerztherapie  Ja, siehe Medikamentenplan  Nein  Schmerztagebuch  Ja  Nein

Arzt wurde/wird über die aktuelle Schmerzsituation informiert, von  Patient/Angehöriger  Pflegefachkraft

## Zusatzmaßnahmen zur Wundtherapie

- Bewegungsförderung (siehe Bewegungsplan)
- Stomaberatung  Kontinenzunterstützende Maßnahmen:

Datum

Unterschrift

