

Name des Hausarztes: _____ Name des Patienten: _____	Unterschrift und Praxisstempel
---	--------------------------------

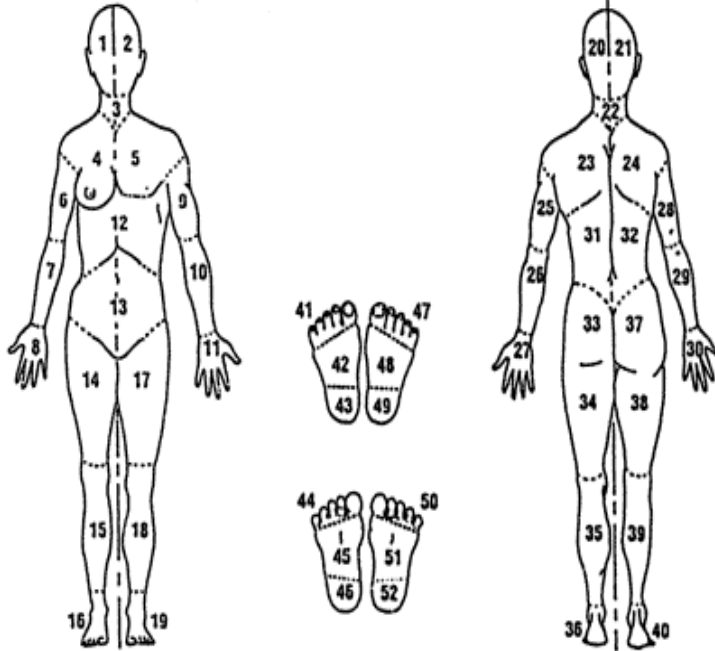
Diagnosen (Hauptdiagnose(n) bitte kennzeichnen)	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Allergien	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:	

Ansteckende Krankheiten
<input type="checkbox"/> MRSA/ORSA
<input type="checkbox"/> Hepatitis, Typ:
<input type="checkbox"/> Durchfallerkrankung, welche:
<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> Sonstige:

QB: S.Mädefessel	Erstellt von: S.Mädefessel	Erstellt am: 02.01.2013	Geändert am:	Geändert von:	Freigabe am: 15.05.2013	Freigabe von: PDL	Verteiler: GL, HL, PDL, WBL
Dateipfad		S:\Daten-Wohnbereich\QM-Handbuch stationär					

Vorhandene Wunden



Größe der Wunde in cm:

Länge: _____
Breite: _____
Tiefe: _____

Heilungsphase:

- Reinigung
- Granulation
- Epithelisierung

Wundart:

- Aseptisch
- Septisch
- Potentiell kontaminiert
- Chronisch
- Akut

Die Wundbeschaffenheit

Der Wundgrund (mit Exsudat und Geruch, falls vorhanden)

Der Wundrand:

Die Wundumgebung, insbesondere Entzündungszeichen:

Entstehungsgrund der Wunde

- Dekubitalgeschwür, Grad (nach Sailer): _____
- Venöse und arterielle Ulcera Wunden
- durch Intertrigo
- Pilzbefall
- Hämaton
- Mechanische Wunde
- Thermische Wunde
- Chemische Wunde
- Strahlenbedingte Wunde
- Sonstiges:

Individuelle Einflußfaktoren

QB: S.Mädefessel	Erstellt von: S.Mädefessel	Erstellt am: 02.01.2013	Geändert am:	Geändert von:	Freigabe am: 15.05.2013	Freigabe von: PDL	Verteiler: GL, HL, PDL, WBL
Dateipfad	S:\Daten-Wohnbereich\QM-Handbuch stationär						