



Wundversorgung

Praxisstempel

Fax an: _____

_____, den ____ . ____ . ____

Betreff: Wundversorgung

Patientenname _____

Sehr geehrte Wundmanagerin und sehr geehrter Wundmanager,

Sie haben am _____ bei uns eine Rezeptanforderung für Verbandsmaterialien eingereicht. Diese entspricht leider nicht dem Anforderungsprofil nach den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen.

Um die Rezeptanforderung entsprechend schnell und korrekt bearbeiten zu können, bitten wir von der Produktbezeichnung (z.B. Dracofoam®, Suprasorb® etc.) abzusehen und eine Materialbeschreibung (z .B. nicht-klebender Schaumverband 10x10 cm, Kompressen steril oder unsteril 10x10 cm, Saugkompressen 10x20cm, etc.) zu verwenden. Dazu haben wir Ihnen eine Bestellseite zur Verfügung gestellt, auf der Sie die benötigten Materialien einfach und schnell ankreuzen und mit Anmerkungen versehen können. Damit erleichtern Sie sich und uns den Ablauf und die Kontrolle bei der Verordnung.

Des Weiteren benötigen wir eine regelmäßige Wunddokumentation (zweimal pro Quartal) inkl. aussagekräftiger Fotografien der Wunde (je nach Verlauf der Wundstadien, mindestens jedoch einmal pro Quartal) gemäß den Qualitätskriterien zur Versorgung chronischer Wunden. Hierzu haben wir Ihnen ebenfalls eine Vorlage mit angefügt.

Wir danken Ihnen für die Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen



Wundversorgung

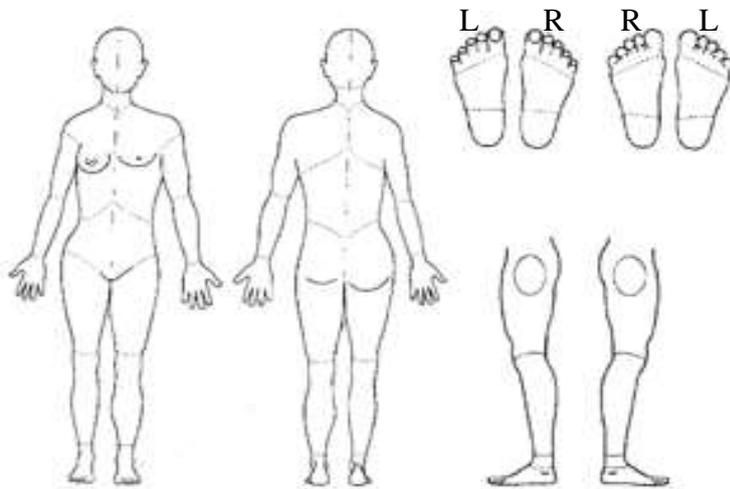
Praxisstempel

Wunddokumentation I

Patientenname _____ **Datum** _____.

Hiermit willige ich in die Fotodokumentation des Wundbereichs ein:

Unterschrift des Patienten



Bemerkungen:

Patientenname _____



Wundversorgung

Praxisstempel

Untersuchungsdatum: (Einverständnis s.o.)			
Fotodokumentation: ja = ✓ (Einverständnis s.o.)			
Abstriche genommen: ja = ✓			
Wundgröße	Längste Länge (cm)		
	Längste Breite (cm)		
	Tiefe (cm)		
Wundgrund	Epithelinseln		
	Granulationsgewebe		
	Fibrinbeläge		
	Nekrosen trocken/feucht		
	Knochen/Sehnen		
	Muskulatur/Fettgewebe		
Wundexsudation	Hämatome		
	Keine		
	Wenig		
	Mittel		
	Viel		
	Trübe		
Wundinfektion	Farbe		
	Rötung leicht/stark		
	Überwärmung		
	Schwellung/Ödem		
Wundgeruch	Eitrige Sekretion		
	Ja / Nein		
Wundtasche	Bei wie viel Uhr (am Körper 12:00 Uhr kopfwärts / am Fuß 12:00 Uhr an den Zehen)		
	Länge (cm)		
	Tiefe (cm)		
Wundrand	Intakt		
	Mazeriert		
	Gerötet		
	Ödematös		
	Eingerollt		
	Zerklüftet		
	hyperkeratös		
	Ödematös		
Wundumgebung	Intakt		
	Trocken/schuppig		
	Rötung leicht/stark		
	Ödematös		
	Mazeriert/feucht		
	Pergamenthaut		
	Spannungsblasen		
	Ulzeration/Risse/Kratzspuren		
	Kalt/warm/heiß		
	Farbe		
	Wundschmerz (VAS 1-10)	Keiner	
Dauerhaft			
Nur bei VW			

Bemerkungen: