



# 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 dem 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®, Subrsorb®, etc. ) abzusehen und eine Materialbeschreibung (z.B. nichtklebenden Schaumverband 10x10 cm, Kompressen steril oder unsteril 10x10 cm, Saugkompressen, etc.) zu verwenden. Dazu haben wir Ihnen eine Bestellseite zur Verfügung gestellt, bei dem Sie die benötigten Materialien einfach und schnell ankreuzen können. Damit erleichtern Sie sich und uns den Ablauf und die Kontrolle bei der Verordnung.

Desweiteren brauchen wir eine regelmäßige Wunddokumentation (zweimal pro Quartal) , incl. aussagekräftiger Fotografien der Wunde (je nach Verlauf der Wundstadien, min jedoch 1x/Quartal) nach 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

## Wundbehandlung

Patientenname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_.

Bitte benötigte Materialien ankreuzen

	<b>Trockene Wundbehandlung</b> <i>Primär heilende Wunde (Z.n. Naht, Schürf, Stich, Platzwunden) endständige Nekrose</i>	<b>Feuchte Wundbehandlung</b> <i>Sekundärheilende oder chron. Wunden (Dekubital-Geschwüre, diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris)</i>
<b>Wundreinigung</b>	<input type="checkbox"/> Spühl-Isg.: NaCl <input type="checkbox"/> Antiseptika Octenisept* <input type="checkbox"/> Prontosan-Gel*	<input type="checkbox"/> Spühl-Isg.: NaCl <input type="checkbox"/> Antiseptika Octenisept* <input type="checkbox"/> Prontosan*
<b>Wundrandschutz</b>	<input type="checkbox"/> Zinkcreme* <input type="checkbox"/> Harnstoffsalbe*	<input type="checkbox"/> Zinkcreme* <input type="checkbox"/> Harnstoffsalbe*
<b>Wundbehandlung</b>	<input type="checkbox"/> Jodsalbe/-Lsg* <input type="checkbox"/> Flamazine* <input type="checkbox"/> Panthenol* <input type="checkbox"/> Rivanolsalbe/-Lsg*	
<b>Wundtamponade</b>	<input type="checkbox"/> Jod-Tamponade <input type="checkbox"/> sterile Tamponade	<input type="checkbox"/> Wundkissen <input type="checkbox"/> Alginate (Watte oder Gel)
<b>Wundauflage</b>	<input type="checkbox"/> Wundgaze <input type="checkbox"/> sterile Kompresse <input type="checkbox"/> sterile Saugkomresse <input type="checkbox"/> Wundkissen <input type="checkbox"/> Polsterwatte	<input type="checkbox"/> Hydrokolloid <input type="checkbox"/> Schaumverband
<b>Fixierung</b>	<input type="checkbox"/> Stülpverband <input type="checkbox"/> Mullverband <input type="checkbox"/> Fixierverband <input type="checkbox"/> Kompressionsverband <input type="checkbox"/> Fixier-Pflaster	<input type="checkbox"/> Stülpverband <input type="checkbox"/> Mullverband <input type="checkbox"/> Fixierverband <input type="checkbox"/> Kompressionsverband <input type="checkbox"/> Fixier-Pflaster
<b>Frequenz VW</b>		

\* über die GKV **nicht** verordnungsfähig

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unterschrift:

.....



# Wundversorgung

Praxisstempel

## Wunddokumentation I

**Patientenname** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_.

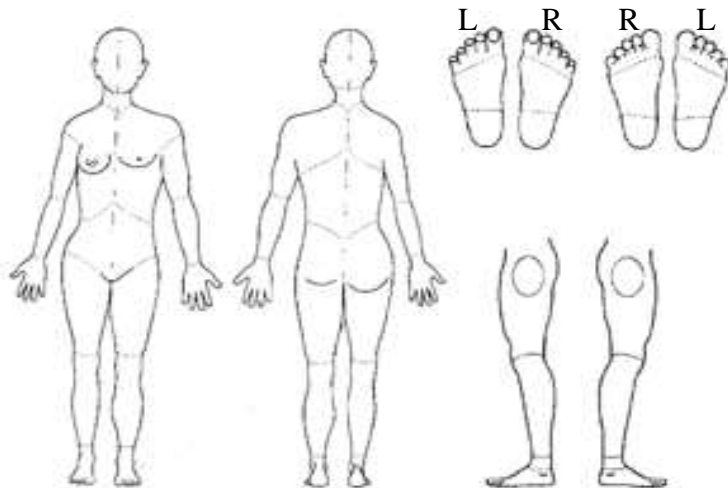
.....

.....

.....

Hiermit willige ich in die Fotodokumentation des Wundbereichs ein:

.....  
*Unterschrift des Patienten*



Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....



# Wundversorgung

Praxisstempel

**Patientenname** \_\_\_\_\_

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_