

WUNDVERSORGUNGSANLEITUNG

Name, Vorname: _____

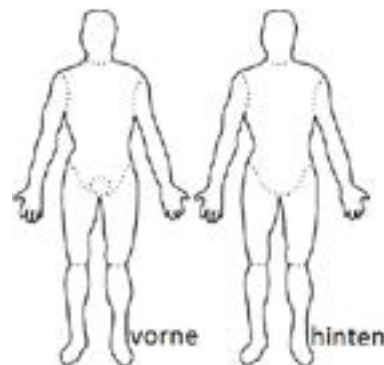
Geb.-Datum: _____

Pat.-Nr.: _____

Wund-Ort: _____

Wund-Art:

Venöse Insuffizienz pAVK
Diabetes Trauma/Druck



Wunde besteht seit: _____

Rezidiv

Schmerz-Medikation:

derzeit nicht erforderlich
_____ 30 Min vorher

Wundspülung:

NaCl 0.9%

_____ Mit angefeuchteter Kompresse auswischen, dann trocken tupfen entfällt

Wundrandpflege:

derzeit nicht erforderlich _____

Wundgrundversorgung:

derzeit nicht erforderlich _____

Austamponieren:

derzeit nicht erforderlich _____

Wundauflage:

_____ Wunddistanzgitter _____ + Kompresse _____

Zuschnitt erlaubt, Wundränder nur gering überlappen lassen

Fixierung:

Fixiertvlies Folienverband o.g.Auflage ist selbstklebend

Kompression:

Ohne Kompressionsstrumpf Komp.Verband 24h/Tag

Lagerung:

entlastende Lagerung Positionswechsel alle ___h

Wechselintervall:

derzeit alle ___d oder bei Dislokation, Durchfeuchtung, Verschmutzung (Doku!)
Ausdehnen auf max ___d, wenn Wunde sich verbessert/Sekretmenge abnimmt

Die Wundversorgung kann bei Abheilung eingestellt werden.

Bitte schicken Sie alle: _____

Tage Wochen Verbandswechsel

oder bei Verschlechterung den aktuellen Wundstatus an die Praxis:

Anonymisierung mittels o.g. Patientenummer (kein Name!) inkl. Foto an:

Für Anregungen und Rückfragen gerne melden!

Ort/Datum: _____

Stempelfeld



Wundversorgungsanleitung gemäß Empfehlungen S3-Leitlinie „Lokaltherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes Mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz“