



Wunddokumentation

Blatt Nummer:

Name	Geburtsdatum				Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich			
Diagnose								
Wundart <input type="radio"/> Decubitus <input type="radio"/> Diab. Fußulkus <input type="radio"/> Ulcus cruris <input type="radio"/> Andere:								
Bisherige Wundversorgung								
Risikofaktoren Gefäßerkrankung <input type="radio"/> Immunsuppression <input type="radio"/> arteriell <input type="radio"/> Adipositas <input type="radio"/> venös <input type="radio"/> Kachexie <input type="radio"/> lymphatisch <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> Sonstige: <input type="radio"/> Inkontinenz								
Beschreibung der Lokalisation								
Datum/Unterschrift								
Wundgröße (Breite x Höhe in cm)								
Wundtiefe (in cm)								
Wundschmerz (0-10), 0 = kein								
Zustand der Wunde nekrotisch <input type="radio"/> belegt <input type="radio"/> granulierend <input type="radio"/> epithelisierend <input type="radio"/> infiziert <input type="radio"/> Wundtaschen vorhanden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundrand normal <input type="radio"/> ödematös <input type="radio"/> gerötet <input type="radio"/> mazeriert <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exsudation stark <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwach <input type="radio"/> eitrig <input type="radio"/> übel riechend <input type="radio"/> blutig <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fotodokumentation durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bakterieller Abstrich durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundreinigung mit								
Verband Suprasorb® A Calciumalginat-Verband Suprasorb® A + Ag Antimikrobieller Calciumalginat-Verband Suprasorb® X HydroBalance-Wundverband Suprasorb® X + PHMB Antimikrobieller HydroBalance-Wundverband Suprasorb® C Kollagen-Wundverband Suprasorb® P PU-Schaumverband Suprasorb® H Hydrokolloid-Verband Suprasorb® M PU-Membran Suprasorb® F Folien-Wundverband Suprasorb® G Gel-Verbände Sonstiges/Begleittherapie mit:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bemerkungen								

Lösungen



Wunddokumentation

Blatt Nummer: 1

Name Frau Dietzel	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input checked="" type="radio"/> weiblich		
Diagnose				
Wundart <input checked="" type="checkbox"/> Decubitus <input type="checkbox"/> Diab. Fußulkus <input type="checkbox"/> Ulcus cruris <input type="checkbox"/> Andere:				
Bisherige Wundversorgung Bisher zu Hause mit Pflaster versorgt				
Risikofaktoren Gefäßerkrankung <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> venös <input checked="" type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> lymphatisch <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstige: <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenz				
Beschreibung der Lokalisation Steißbein				
Datum/Unterschrift				
Wundgröße (Breite x Höhe in cm)	12x10cm			
Wundtiefe (in cm)				
Wundschmerz (0-10), 0 = kein				
Zustand der Wunde nekrotisch <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> belegt <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> granulierend <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> epithelisierend <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> infiziert <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Wundtaschen vorhanden <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
Wundrand normal <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> ödematös <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> gerötet <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> mazeriert <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
Exsudation stark <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schwach <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eitrig <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> übel riechend <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> blutig <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
Fotodokumentation durchgeführt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bakterieller Abstrich durchgeführt	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundreinigung mit isotonischer Kochsalzlösung, Octenisept				
Verband Suprasorb® <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Suprasorb® <input checked="" type="radio"/> + Ag Antimikrobieller Calciumalginat-Verband Suprasorb® <input checked="" type="radio"/> HydroBalance-Wundverband Suprasorb® <input checked="" type="radio"/> + PHMB Antimikrobieller HydroBalance-Wundverband Suprasorb® <input type="radio"/> Kollagen-Wundverband Suprasorb® <input type="radio"/> PU-Schaumverband Suprasorb® <input type="radio"/> Hydrokolloid-Verband Suprasorb® <input type="radio"/> PU-Membran Suprasorb® <input type="radio"/> Folien-Wundverband Suprasorb® <input type="radio"/> Gel-Verbände Sonstiges/Begleittherapie mit:				

Bemerkungen Die Patientin hat am Hinterkopf und an der rechten Ferse Druckstellen. Die Druckstellen wurden fotografiert.

Anregung für die Lehrkraft

Anknüpfungspunkt in Trainingseinheiten Deutsch B1·B2 Pflege
Seite 117, Aufgabe 11 und 13. Die Lösungen beziehen sich auf Aufgabe 11.