

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Tel.: (02 31) 79 33-07
Fax: (02 31) 79 33-188

info@gtp-system.de
www.gtp-system.de

GTP-System GmbH & Co. KG Am Brambusch 22 44536 Lünen

WKZ

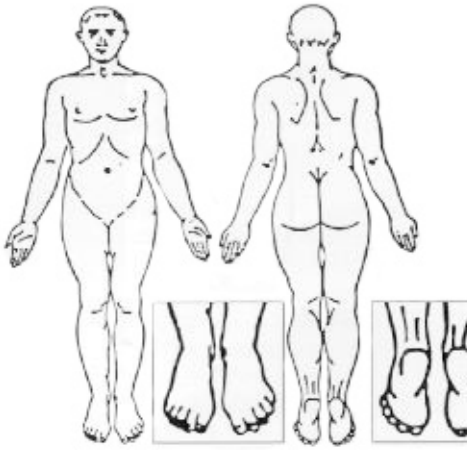
Wundanamnese

Wundanamnese

Wunde

Diagnose:

Wundlokalisation



Datum:

Wundursache ICD 10

Besteht seit vier bis sechs Wochen

länger als sechs Wochen

seit

vorbehandelt mit

MRSA Abstrich

Abstrich durchgeführt am:

Befund

Rötung Überwärmung Schwellung

Bewegungseinschränkung

systemische Antibiose seit:

mit:

Sonstiges

Fußdeformität (z.B. Charcot-Fuß)

Autoimmunerkrankung

Bewegungseinschränkung

beeinträchtigende Medikamente

(z.B. Cortison):

Störung der Compliance

Art:

auslösende und hemmende Faktoren

Diabetes mellitus ja nein

paVk ja nein

Adipositas ja nein

Kachexie ja nein

CVI ja nein

Immobilität ja nein

Trauma OP Verbrennung

andere

Ödembildung

keine

leicht

mittelschwer

schwer

Vertragsarztstempel/Unterschrift Arzt

DialogpartnerIn bzw.
zust. MitarbeiterIn für Rückfragen

bitte füllen Sie noch den ersten
Datensatz des Wundverlaufes
aus. Vielen Dank!