

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



## Scoring-System

### Anlage 12 zum Vertrag zur Versorgung chronischer Wunden

Datum: .....

Kriterium	Punkte	Fall	Bemerkungen
1 Wunde max. 6 cm x 6 cm	2		
1 Wunde max. 10 cm x 10 cm	4		
1 Wunde max. 15 cm x 15 cm	6		
<b>Wundtiefe</b>			
Dermis	1		
Subcutis	2		
Faszie, Muskel	3		
Sehnen, Bänder	4		
Taschenbildung	5		
<b>Wundbeläge</b>			
Fibrin	2		
Nekrose	3		
<b>Wundrand / -umgebung</b>			
mazeriert	1		
flächenhafte Hautveränderung	3		
<b>Ödembildung</b>			
bis mittelschwer	2		
schwer	3		
<b>Besonderheiten</b>			
Zeichen einer Infektion	2		
Fußdeformität (z.B. Charcot-Fuß)	2		
MRSA Besiedelung der Wunde	6		
Autoimmunerkrankung	2		
Wundheilungsstörung begünstigende Faktoren (Cortison, ...)	2		
Schwierige Lagerung / Kompression	2		
Compliance-Störung	4		
Sonstiges			
Gesamtsumme			

Vertragsarztstempel/ Unterschrift Arzt

DialogpartnerIn bzw. zust. MitarbeiterIn für Rückfragen